

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2015

Composition : M. MERZ, président
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante équatorienne née en 1984, a achevé une formation commerciale dans son pays d'origine.

Entrée en Suisse en 2003, elle a exercé une activité d'employée d'entretien avant de se mettre à disposition de la société B._____SA à plein temps dès le 16 octobre 2006. Elle a été placée par cette société, notamment à compter d'août 2007, en qualité de manutentionnaire à 100% auprès de C._____SA.

En sa qualité d'intérimaire, elle était assurée, contre les accidents professionnels et non professionnels, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. En date du 17 novembre 2007, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Son avant-bras droit a été coincé et écrasé sous l'extrémité d'un tapis transporteur de courrier, alors qu'elle était en train d'attraper un carton sur ce tapis après avoir attaché une liasse de lettres. L'intervention des pompiers a été nécessaire pour libérer le membre de l'assurée, avant que celle-ci ne fût hospitalisée auprès du Service de chirurgie plastique et reconstructive du Centre hospitalier D._____ (cf. rapport d'accident subséquent, établi par la CNA le 2 avril 2008).

Les conséquences financières de ce cas, annoncé par B._____SA au moyen d'une déclaration de sinistre du 26 novembre 2007, ont été prises en charge par la CNA qui s'est acquittée du paiement des frais de traitement et des indemnités journalières.

Dans un rapport à la CNA du 27 janvier 2008, le Centre hospitalier D._____, sous la plume du Dr G._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué que l'assurée

avait subi un « écrasement de la main et de l'avant-bras entre deux rouleaux d'une machine de tri postal ». Ce praticien avait constaté une « impotence fonctionnelle des doigts et du poignet » et une « tuméfaction importante de toute la main et [de l']avant-bras », avec une « fracture de la styloïde cubitale » au niveau radiologique. Une incapacité totale de travail, prononcée depuis la date de l'accident, était en cours.

Une reprise d'activité à 50% a été préconisée par le Centre hospitalier D. _____ dès le 21 avril 2008, respectivement à 80% dès le 5 mai 2008, le port de charges lourdes demeurant contre-indiqué (cf. certificat du Centre hospitalier D. _____ du 24 avril 2008). La capacité de travail a toutefois été considérée comme nulle dès le 7 mai 2008, puis réduite à 50% dès le 12 mai 2008, tandis que la reprise de travail a à nouveau été totalement interrompue dès le 15 juillet 2008, l'assurée devant se rendre à la consultation du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie de la main au sein de la Clinique H. _____.

Ce dernier a pratiqué une arthroscopie radio-carpienne, une synovectomie arthroscopique et un débridement cartilagineux à l'occasion d'une intervention du 28 juillet 2008, après avoir constaté un « défaut cartilagineux [du] radius post-traumatique ou dégénératif avec synovite radio-carpienne [du] poignet à droite ». Il a poursuivi l'incapacité totale de travail, tout en précisant dans un rapport du 15 septembre 2008 que sa patiente pourrait « accomplir des travaux qui ne nécessitent pas de mouvement répétitif, ni porter de charge plusieurs fois par jour au-delà de 10kg à 100%, [ni] monter sur des échelles ou effectuer d'autres travaux chargeant trop le poignet droit ». Une reconversion professionnelle devait être envisagée.

C. Par dépôt du formulaire ad hoc en date du 15 septembre 2008, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a requis un tirage des pièces réunies par la CNA, des rapports des médecins traitants de l'assurée, ainsi qu'un rapport de l'employeur.

B._____SA a complété ce document le 25 septembre 2008 indiquant que l'assurée était disponible à plein temps depuis le 16 octobre 2006 et était rémunérée au tarif horaire global de 21 fr. 56 depuis le 31 décembre 2007.

Quant à C._____SA, cette société a signalé avoir engagé l'assurée en tant que collaboratrice de tri à mi-temps du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2009 pour une rémunération mensuelle de 1'880 fr. 85.

Par rapport initial du 29 septembre 2008 à l'OAI, le Dr J._____ s'est référé à la teneur de ses précédents rapports à la CNA. Le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr O._____, a pour sa part renvoyé aux avis des spécialistes suivant sa patiente dans son rapport du 8 octobre 2008, précisant que l'assurée était prise en charge psychologiquement du fait d'un « état dépressif réactionnel » et qu'elle souffrait en outre de difficultés conjugales depuis juin 2008.

L'assurée a dans l'intervalle consulté le Dr L._____, spécialiste en gastro-entérologie, le 22 août 2008, lequel a diagnostiqué des « troubles dyspeptiques de nature psychosomatique probable » à l'issue d'un rapport à la CNA du 7 octobre 2008.

Le 26 septembre 2008, la psychologue K._____ a annoncé à la CNA avoir pris en charge l'assurée en urgence dès août 2008, du fait d'un diagnostic de « troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) ».

Dans le cadre de l'intervention précoce, l'OAI a octroyé à l'assurée un cours de rédaction professionnelle française et une évaluation professionnelle par communications des 2 et 26 février 2009.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit a été réalisée au sein du Centre hospitalier D. _____ le 4 mars 2009, laquelle a mis en évidence une « lésion du fibrocartilage triangulaire (TFC) de type II b avec aspect très aminci, associée à une chondromalacie de la face proximale de l'os semi-lunaire, compatible avec une atteinte dégénérative » et une « probable ténosynovite chronique de l'extenseur ulnaire du carpe ».

La psychologue K. _____ a complété un rapport le 18 mars 2009 à l'attention de la CNA, reprenant les diagnostics précédemment évoqués et faisant part du suivi hebdomadaire de l'assurée. Elle a relaté un « état général amélioré » en dépit d'une « fragilité importante avec chute de l'humeur suite à de mauvaises expériences ». Elle a également fait parvenir un rapport à l'OAI à la même date, mettant en exergue le « soutien psychologique régulier », une « humeur générale plus positive avec rechute suite à certains événements », une « anxiété » et un « état dépressif ». Elle a envisagé une « amélioration probable avec le temps et [la] mise en place d'un accompagnement adapté pour la réinsertion professionnelle ».

L'OAI a sollicité l'avis du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), lequel, par l'intermédiaire du Dr X. _____, médecin, a indiqué le 6 mai 2009 que l'assurée était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité ménageant son membre supérieur droit depuis janvier 2009.

Partant, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus hypothétiques avec et sans invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), et mis à jour un taux d'invalidité de 15% dès la date précitée. Il a en conséquence émis un projet de décision le 14 mai 2009, envisageant d'allouer à l'assurée une demi-rente d'invalidité de novembre 2008 à mars 2009, fondée sur un degré de 53,1% compte tenu d'une activité à temps partiel auprès de C. _____ SA, et de supprimer cette prestation dès le 1^{er} avril 2009, vu le degré d'invalidité de 15% fixé dès janvier 2009. Ce projet

a toutefois été « mis en suspens » dans l'attente des derniers développements versés au dossier de la CNA.

D. Compte tenu des constats d'imagerie et de la symptomatologie douloureuse affectant l'assurée, le Dr J._____ a réalisé une arthrodèse radio-ulnaire distale de Sauvé-Kapandji le 6 juillet 2009. Il a indiqué à la CNA et à l'OAI le 23 novembre 2009 que l'évolution post-opératoire était lentement favorable, tandis que l'exigibilité décrite précédemment restait à son sens d'actualité.

Sur le plan psychique, la psychologue K._____ a entre-temps signalé à la CNA, par rapport du 24 août 2009, que l'assurée présentait un « état émotionnel stabilisé, mais encore fragile en fonction de l'évolution de son atteinte physique et des démarches de réinsertion professionnelle ». Elle a en substance réitéré ces observations le 14 mars 2010, mentionnant une « difficulté à gérer le stress et [l']acceptation du handicap ».

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à un examen de l'assurée le 5 mai 2010, constatant ce qui suit :

« [...] Du point de vue **subjectif**, [l'assurée] signale la persistance de douleurs surtout au niveau du poignet et concernant la moitié distale du côté cubital de l'avant-bras droit. Diminution de la force. Fatigabilité accrue. Difficultés de repos nocturne. Météo-sensibilité également gênante. Nécessité de médication antalgique presque quotidienne.

Objectivement, la patiente est bien collaborante. Par moments, elle présente une labilité émotive avec écoulement de larmes. Lors de la marche le MSD [réd : membre supérieur droit] présente une diminution du ballant. Par ailleurs, j'ai trouvé une bonne mobilité au niveau de l'épaule et du coude et absence d'amyotrophie. Le poignet n'est que modérément restreint en flexion-extension et pronation. Il y a une diminution de la force, notamment au dynamomètre de Jamar.

[...] L'activité telle qu'exercée au moment de l'accident n'est plus exigible sans aménagement.

Exigibilité :

Absence d'efforts avec le MSD. Absence de transport de poids ou de charge dépassant 5kg, exceptionnellement 10kg. Pas de gestes brusques concernant la main et le poignet, ni à caractère répétitif. Dans le cadre de ces limitations, il appartient à notre assurée de

mettre en valeur une capacité de travail complète pour temps de présence et rentabilité, immédiatement.

A notre charge, reste la médication antalgique que je propose de couvrir, pour autant que prescrite, jusqu'à fin 2010.

Il n'y a pas en l'état actuel des choses, d'indication à d'autres investigations ou gestes thérapeutiques. Une AMO [réd. : ablation du matériel d'ostéosynthèse] se justifierait seulement en cas de survenue de complication (improbable). [...] »

Sur la base de cet examen et d'un nouvel avis du SMR du 18 février 2010, où le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie, a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations de son membre supérieur droit à partir de novembre 2009, l'OAI a établi un second projet de décision le 20 mai 2010, annulant et remplaçant celui du 14 mai 2009. Il a retenu à cette occasion que l'assurée pouvait prétendre une rente entière de l'AI de novembre 2008 à janvier 2010 limitativement, celle-ci présentant un degré d'invalidité de 15% suite à la reconnaissance d'une capacité de travail entière dès le mois de novembre précédent.

En dépit de la contestation de l'assurée, formulée avec le concours de son avocat, Me Olivier Carré, en date du 25 juin 2010, complétée par courriers subséquents, et de sa suggestion quant à la mise en œuvre d'un examen au sein de la Clinique W._____, l'OAI a établi une décision le 10 janvier 2011, conforme à son projet de décision du 20 mai 2010. Cette décision a toutefois été annulée au vu de l'organisation d'une observation au sein de la Clinique W._____ sous l'égide de la CNA.

E. L'assurée a en effet séjourné dans ladite clinique du 6 au 20 janvier 2011 où elle a été examinée sur les plans rhumatologique (Dr R._____ et Dresse S._____), neurologique (Dr AA._____) et psychiatrique (Dresse P._____), ainsi que fait l'objet d'une observation en ateliers professionnels (sous la supervision du Dr Q._____).

Le rapport corrélatif, établi le 17 février 2011, mentionne les diagnostics suivants :

« Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du poignet droit.

Etat de stress post-traumatique (PTSD).

Accident du travail le 17.11.2007 avec :

- écrasement de l'avant-bras droit
- fracture styloïde cubitale droite.

28.01.2008 [recte : 28.07.2008] : arthroscopie du poignet droit.

Défaut cartilagineux sur la surface lunarienne droite du radius diagnostiqué par arthroscopie le 28.01.2008 [recte : 28.07.2008].

06.07.2009 : opération de Sauvé-Kapandji du cubitus droit. »

S'agissant de l'appréciation du cas, les experts de la Clinique W. _____ se sont exprimés notamment en ces termes :

« [...] **1. En ce qui concerne le poignet droit :**

[...] Selon l'avis de notre consultant-chirurgien de la main, la patiente présente une évolution satisfaisante après l'arthrodèse. Au vu de l'existence de paresthésies et d'une hypoesthésie au niveau de la face dorsale et palmaire des 4^{ème} et 5^{ème} rayons, il propose la réalisation d'un ENMG [réd. : électroneuromyogramme] à la recherche d'une lésion du nerf cubital.

Le neurologue, après son examen électro-clinique du 14.01.2011, ne relève aucun signe de compression active du nerf ulnaire à droite, ni de signe de plexopathie inférieure ou de syndrome radiculaire C8 ou D1. A son avis la répartition du déficit sensitif suit le territoire anatomique connu, évoquant le diagnostic différentiel d'une éventuelle ancienne neuropathie du nerf ulnaire. A part les traitements antalgiques il ne propose pas d'autre mesure.

Sur le plan antalgique, nous rappelons que cette patiente a été sous AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens] avec une réponse médiocre. Nous introduisons un traitement de Lyrica que nous débutons à petite dose, qui est par la suite augmentée à 50 mg 2 x/jour à la fin de son séjour. A l'heure actuelle ce dosage n'a pas d'impact sur les douleurs, mais il semble bien toléré, raison pour laquelle nous proposons au médecin-traitant d'augmenter progressivement le dosage jusqu'à obtenir une réponse favorable.

La prise en charge d'ergothérapie avait comme objectifs d'évaluer le membre supérieur droit et de réaliser l'entraînement de la force-endurance au niveau de l'avant-bras et de la main droits (cf. rapport). Durant le séjour, on observe que la mobilité du membre supérieur droit est assez bonne avec surtout des déficits de force et des limitations dus aux douleurs.

Avec une prise en charge de physiothérapie, la thérapeute observe en fin de séjour que la patiente fait les exercices avec beaucoup de difficultés et ressent des douleurs du poignet droit. Globalement il n'y a pas eu de régression des plaintes, et aucune progression fonctionnelle objective n'est notée au terme du séjour, tant pour l'ergo- que pour la physiothérapie, raison pour laquelle aucune proposition de poursuite ambulatoire n'est formulée.

2. Sur le plan psychiatrique :

Nous rappelons que cette patiente bénéficie depuis trois ans environ d'un suivi psychologique ambulatoire et à l'arrivée dans notre service, nous observons la présence d'une anxiété importante, d'une labilité émotionnelle et d'un contexte socio-professionnel précaire. A l'admission également, la patiente décrit des épisodes d'angoisse en rapport avec les machines roulantes ou les machines qui se ferment.

Le consilium psychiatrique du 12.01.2011 a retenu un état de stress post-traumatique associé à une modification notable de la personnalité (cf. rapport). Notre consultante note la présence de facteurs prédisposants à une chronicisation, à savoir une vision catastrophique de l'avenir, des difficultés de gestion de la douleur, des anticipations anxieuses et des auto-limitations importantes. Sur le plan thérapeutique elle propose une évaluation spécifique et une prise en charge du PTSD par le psychologue clinicien de même qu'une intégration dans le groupe « relaxation ». Cette prise en charge doit être poursuivie au-delà de l'hospitalisation. Durant le séjour la patiente a bénéficié d'entretiens individuels qui n'ont pas pu être poursuivis au-delà de deux séances en raison de la brièveté du séjour.

3. Sur le plan socio-professionnel :

La patiente travaillait au tri postal de [...] par le biais d'une entreprise temporaire lors de l'accident. Ce contrat a pris fin au 31.12.2009. [...] Durant l'hospitalisation, [l'assurée] a été suivie dans nos ateliers professionnels et par la psychologue OSP [réd. : en orientation socio-professionnelle] à but d'évaluation globale ainsi que de réorientation professionnelle. Concernant la recherche de professions susceptibles de lui convenir, elle paraît déterminée concernant la voie d'employée de bureau/commerce, mais aussi comme gestionnaire de commerce de détail, même si les recherches de places de travail se sont soldées toutes par des réponses négatives auparavant. La prise en charge par la psychologue OSP s'est limitée à des entretiens individuels, la sortie de la patiente ayant été planifiée plus rapidement que prévu. L'entretien est resté essentiellement centré sur les techniques de recherches d'emploi. Au cours des activités pratiquées au sein des ateliers professionnels (cf. rapport), il a été observé la persistance de douleurs et des interruptions fréquentes, en conséquence, ce qui laisse penser que son rendement peut être diminué. Par ailleurs, une appréhension face à diverses machines a été constatée.

Actuellement la situation médicale est stabilisée. Après analyse de tous les éléments, notamment sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail complète dans son activité antérieure est reconnue. Dans une activité adaptée, la capacité de travail peut être partielle (50 %), avec pour l'heure une baisse de rendement, étant donné la symptomatologie anxieuse et dépressive moyenne. Une réévaluation psychiatrique d'ici 8-12 mois est à prévoir. Les limitations physiques sont le port de charges lourdes, les gestes répétitifs de la main et de l'avant-bras (rotation répétée, flexion-extension répétée) surtout s'ils sont faits avec force. Dans une activité légère, sur le plan physique, dans une activité adaptée la capacité de travail serait complète. [...] »

En outre, l'experte psychiatre, la Dresse P._____, a relevé ce qui suit s'agissant du status psychologique, pour justifier du diagnostic d'un « état de stress post-traumatique » :

« [...] A l'observation, il s'agit d'une jeune femme faisant son âge, en bonne tenue hygiéno-vestimentaire, vigile et orientée, collaborante

à l'examen. Dès l'évocation de son accident, elle présente une importante labilité émotionnelle, elle fond en larmes, et elle évoque l'accident temporellement comme s'il s'agissait d'un épisode extrêmement récent. Elle manifeste des signes évidents d'anxiété. Elle décrit également une anxiété quasi permanente dans la vie quotidienne, dans des situations anodines d'ascenseur, tapis roulant ou tout autre machine qui lui rappellent irrémédiablement le déroulement de son accident (flashback). Elle relate également être devenue extrêmement anxieuse non seulement pour elle mais également pour sa fille, craignant à tout moment que celle-ci ne subisse un accident. Les cauchemars sont fréquents. La patiente décrit une humeur fluctuante, des préoccupations anxieuses, une vision négative de son existence, un sentiment de perte d'espoir et une vision fataliste de l'existence. Elle signale une baisse de l'élan vital mais sans perte de motivation et une baisse de l'estime de soi. Pas d'idées noires, pas d'idées suicidaires. Elle signale des troubles de l'appétit sous forme de bouffées d'hyperphagie en cas d'anxiété et une prise de poids de plusieurs kilos en peu de temps. Du registre anxieux, on retient la présence d'équivalents de flashbacks, d'une anxiété quasi permanente, d'une hypervigilance, de la persistance de rêves concernant son accident et surtout d'un sentiment de modification de la personnalité depuis le traumatisme. Pour le reste, il n'y a pas d'indice pour un autre trouble anxieux spécifique, un trouble psychotique ou un trouble spécifique de la personnalité. »

Les experts de la Clinique W. _____ ont en définitive conclu en consilium à une stabilisation de l'état de santé physique, à l'inverse du plan psychologique nécessitant un suivi ambulatoire et une réévaluation à huit ou douze mois, tout en considérant qu'une activité légère ménageant le poignet droit pourrait être exercée à plein temps.

F. L'assurée a été reçue en entretien auprès de l'OAI le 23 mars 2011 en vue de la mise en œuvre d'une mesure d'aide au placement. A cette occasion, elle a signalé avoir repris un emploi à temps partiel depuis le 7 mars 2011 à titre expérimental dans un kiosque de l'entreprise V. _____ par le biais de la société B. _____ SA.

Par pli de son avocat du 29 mars 2011, elle a indiqué que cette reprise d'activité semblait vouée à l'échec au vu de l'état de son poignet. Elle a également fait parvenir les rapports des 23 et 27 mars 2011, établis par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté dans l'intervalle. Ce dernier a estimé, à l'issue de son analyse du cas, que l'assurée pouvait prétendre une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), tandis qu'il se ralliait à

l'appréciation de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, sous réserve du port de charges circonscrit par le Dr M._____, 5 à 10kg lui paraissant excessif. Il a en outre considéré que les conditions mises à la reconnaissance d'une invalidité étaient remplies, le concours de l'AI s'avérant à son sens indispensable en vue de la réintégration professionnelle de l'assurée. Des mesures thérapeutiques, telles que la pose d'une prothèse ou le blocage du poignet douloureux, étaient par ailleurs évoquées.

Une nouvelle incapacité totale de travail a été attestée dès le 4 avril 2011 par le Dr T._____, de sorte que la reprise d'activité de l'assurée a été interrompue.

G. Par communication du 30 juin 2011, la CNA a informé l'assurée du terme de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2011, l'étude du droit à d'autres prestations se poursuivant pour le surplus.

L'assurée a contesté cette prise de position dans une correspondance du 22 août 2011, estimant que son état de santé n'était en l'état pas stabilisé, puisqu'une arthrodeuse radio-carpienne était envisagée par le Dr T._____, de même que des mesures de rééducation ergothérapeutiques en vue de favoriser l'usage de la main gauche en remplacement du membre atteint. Indépendamment de la non-stabilisation de son état, elle a requis l'octroi d'une IPAI d'un taux de 25%, subsidiairement de 20%, vu les limitations fonctionnelles liées aux douleurs et à l'arthrose, ainsi que la reconnaissance d'un degré d'invalidité proche de son taux d'incapacité de travail. Par courrier complémentaire du 24 septembre 2011, elle a par ailleurs annoncé une nouvelle intervention en vue de l'AMO laquelle serait réalisée par le Dr T._____.

Par décision du 31 octobre 2011, la CNA a alloué à l'assurée une rente d'invalidité d'un taux de 12% correspondant à une rente mensuelle totale de

328 fr. 70 dès le 1^{er} septembre 2011, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité résultait de la comparaison des revenus mensuels sans et avec invalidité de 4'408 fr., respectivement 3'885 fr. La CNA a également octroyé une IPAI de 7,5%, soit un montant de 8'010 francs.

Selon les pièces versées au dossier de la CNA, le revenu déterminant d'invalidité de 3'885 fr. par mois a été mis en évidence sur la base de cinq descriptifs de postes de travail (DPT), à savoir les DPT 9644, 438186 et 11554 correspondant à des activités de collaboratrice de production, ainsi que les DPT 8926 relatif à un emploi de contrôleuse de qualité et DPT 10405 afférent à un poste de réceptionniste.

L'assurée s'est opposée à la décision précitée dans une correspondance du 10 novembre 2011, réitérant que son état de santé n'était pas stabilisé et estimant que son degré d'invalidité était sous-évalué de même que le taux fondant l'IPAI. Elle a en outre signalé que l'AMO avait été effectuée par le Dr T._____ le 3 novembre 2011, ainsi que l'attestait le rapport opératoire du même jour produit en annexe.

La CNA a pris en charge, au titre de rechute, les frais engendrés par cette nouvelle intervention, ainsi que les indemnités journalières pour la période du 3 au 14 novembre 2011.

H. L'assurée a été reçue par le Service de réinsertion de l'OAI le 16 avril 2012 et s'est déclarée prête à entrer dans une mesure de réinsertion, du type d'un entraînement à l'endurance à hauteur de deux heures par jour durant quatre jours par semaine, avec augmentation progressive des horaires et des exigences. Cette mesure lui permettrait également de déterminer si le secteur de la bureautique s'avérait adapté à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a dès lors organisé cette mesure de réinsertion auprès de l'entreprise U._____, par communication du 8 juin 2012, pour la période du 22 août 2012 au 23 novembre 2012.

I. La CNA a établi sa décision sur opposition le 22 juin 2012, rejetant l'opposition du 10 novembre 2011 et maintenant sa décision du 31 octobre 2011. Elle a retenu que l'état de santé de l'assurée pouvait être considéré comme stabilisé à sa sortie de la Clinique W._____, vu les avis communiqués par les spécialistes de cette clinique. L'AMO subie le 3 novembre 2011 n'était au demeurant pas de nature à améliorer notablement les suites accidentelles, mais uniquement à faire diminuer les douleurs, sans que cette intervention n'eût de conséquences sur l'appréciation médicale du cas. La CNA avait cela étant pris en charge à bon droit les frais y afférents et servi des indemnités journalières au titre de rechute temporaire de l'accident du 17 novembre 2007. Sur le plan physique, la CNA relevait que les appréciations de ses médecins s'avéraient concordantes et devaient être suivies s'agissant de la capacité de travail exigible et des limitations fonctionnelles décrites, sans d'ailleurs que les médecins traitants de l'assurée n'eussent sérieusement remis en question ces éléments. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, la situation observée était tributaire du contexte socio-économique de l'assurée. En vertu de la jurisprudence fédérale rendue en matière de causalité adéquate, le lien entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident du 17 novembre 2007 devait de toute façon être nié, en l'absence de caractère impressionnant et de disproportion de l'incapacité de travail et des lésions subies. Enfin, eu égard à l'IPAI, la CNA a observé que le membre supérieur droit de l'assurée avait perdu 50% de capacité de flexion et d'extension. Cela équivalait bel et bien à 7,5% d'IPAI, étant rappelé qu'une arthrodèse radio-carpienne permettait l'octroi d'une IPAI de 15%.

L'assurée, assistée de son conseil, a déféré la décision sur opposition de la CNA du 22 juin 2012 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 27 août 2012, concluant à son annulation sous suite d'octroi d'indemnités journalières au-delà du 31 août 2011, d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de 50% et d'une IPAI de 30%.

Cette procédure de recours a été enregistrée sous numéro de cause AA 78/12.

J. La mesure de réinsertion entreprise au sein de U. _____ a été interrompue dès le 29 octobre 2012, compte tenu d'une incapacité totale de travail prononcée jusqu'au 7 novembre 2012 par le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr Y. _____, motif pris d'une surcharge psychologique.

Le rapport du prestataire, communiqué à l'OAI le 9 novembre 2012, a relaté pour l'essentiel la bonne motivation et le potentiel d'apprentissage de l'assurée, qui conservait l'habileté manuelle nécessaire à l'accomplissement de tâches administratives. Etaient relevées également l'apparition de migraines en période de stress ou en cas de manque de sommeil, ainsi que des difficultés à la perspective d'augmenter les heures travaillées.

Compte tenu de ce contexte, le Dr Z. _____ du SMR a préconisé un examen clinique psychiatrique de l'assurée afin de définir l'exigibilité et les limitations fonctionnelles à l'issue d'un avis du 19 novembre 2012.

Par pli du 22 novembre 2012, l'assurée a produit un rapport médical du 16 octobre 2012 émanant du Dr A. _____, chef de clinique adjoint au sein de la Clinique H. _____. Sur questions du mandataire de l'assurée, ce spécialiste a confirmé que celle-ci avait bénéficié d'une infiltration de cortisone susceptible d'amender temporairement ses douleurs et de fausser les résultats de la mesure AI. Il préconisait un bilan arthro-IRM destiné à revoir les surfaces cartilagineuses, compte tenu du « manque de surface cartilagineuse de la fossette semi-lunarienne », mis en évidence précédemment par le Dr J. _____. En outre, le Dr A. _____ faisait état d'une « arthrodèse radio-cubitale distale tout à fait satisfaisante » et d'un « moignon distal du cubitus calme sans signe de conflit radio-cubital » en l'absence d'une « arthrose radio-carpienne ou médio-carpienne visualisable » et d'une « instabilité ligamentaire » sur des

radiographies effectuées en juillet 2012. Il relevait que l'assurée restait dotée d'une « mobilisation articulaire assez bonne ».

Sur mandat de l'OAI, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée et communiqué son rapport en date _____ du 6 août 2013. A l'issue de son investigation clinique, cet expert a retenu les diagnostics de « trouble anxieux et dépressif mixte, actuellement compensé (F41.2) » et de « syndrome de comportement non spécifié associé à des facteurs physiques (F59) ». Il a fait part de ses conclusions notamment comme suit :

« [...] La période 2007 - 2008 était particulièrement chargée pour l'assurée. Il y a eu ici d'une part l'accident qui a changé beaucoup de choses pour elle, il y a eu d'autre part la séparation d'avec son mari avec beaucoup d'incertitudes supplémentaires. Ceci a été bien mentionné dans le premier rapport de la psychologue qu'elle a contactée, Mme K. _____, qui a parlé d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte. Bien que ce ne soit en principe pas au psychologue de poser des diagnostics « médicaux », la terminologie nous paraît tout à fait adéquate et couvre très certainement d'une manière juste les réactions émotionnelles associées à ce qui s'est passé à cette période.

Plus tard, une année après, la psychologue reprend la même terminologie et note que la problématique n'est pas incapacitante. Encore dans un autre rapport de 2009, on parle d'un état « stabilisé ». Une année après, en 2010, on retrouve ce même type de formulation dans un rapport Suva, également chez l'avocat : « labilité émotionnelle » et « ... déteint sur son moral ». On peut donc retenir que depuis l'accident et jusqu'en 2010 il y a eu toujours une forme d'accompagnement émotionnel, mais strictement lié aux facteurs extérieurs, l'accident, son incertitude physique, incertitude professionnelle, douleurs et les aménagements fonctionnels nécessaires.

Les choses changent d'une manière assez importante depuis le consilium psychiatrique du 12 janvier 2011 à la Clinique W. _____ de [...]. Ici, visiblement, notre consœur psychiatre était impressionnée par l'intensité du récit de l'accident que [l'assurée] livrait, de même l'intensité de la réaction émotionnelle l'accompagnant. Elle écrivait que la patiente évoquait l'accident temporellement comme s'il s'agissait d'un épisode extrêmement récent. Elle donnait de plus toute une panoplie de symptômes dont elle n'avait jamais parlé auparavant : flashes-back, cauchemars, anxiété élargie, crainte pour sa fille, baisse de l'élan vital, baisse de l'estime de soi, trouble de l'appétit, hyperphagie, hypervigilance et sentiment de modification de personnalité.

Notons que le status psychiatrique du médecin psychiatre fait un mélange entre observations cliniques directes / extérieures et énoncées [par l'assurée] (« elle décrit..., elle relate..., elle craint..., elle signale... »). Dans cette même époque il est décrit à un autre

endroit que l'optimisme initial et la bonne motivation pour chercher et trouver des solutions avaient basculé en direction de pessimisme, de réalisme, voire déception. Il est donc bien possible que l'assurée était à ce moment-là dans une phase où elle a ressenti avec une plus grande intensité des changements de sa vie, intervenus par l'accident, et la nécessité de faire un deuil sur son intégrité corporelle complète. Il est tout aussi possible que, se trouvant dans un lieu où l'expression de son vécu intérieur était possible, tout est ressorti avec une grande intensité. Finalement, l'assurée étant intelligente et informée, il est théoriquement aussi possible qu'elle ait évoqué un certain nombre de symptômes psychiques qui peuvent être associés à un accident.

L'adéquation du diagnostic posé de l'état de stress post-traumatique n'a pas été discutée autrement dans le rapport. Rappelons ici que ce trouble est défini de la manière suivante : réponses différées ou prolongées à une situation où un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique : catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol et d'autres crimes (selon CIM-10). Sans vouloir diminuer l'importance subjective de la gravité de l'accident pour [l'assurée], ce qui s'est passé avec sa main n'est pas assimilable à ce type d'événement et il est tout au plus à mettre dans un registre de gravité moyenne.

Il est par ailleurs étonnant qu'à aucun moment auparavant la palette des symptômes n'a été évoquée par la psychologue traitante. Quoiqu'il en soit, suite au consilium, conseil a été donné pour un suivi spécifique. La documentation ne permet pas de vérifier ici quoique ce soit. Il ressort juste d'un rapport ultérieur de la psychologue et des descriptions de [l'assurée] qu'elle avait pris un antidépresseur par la suite et jusqu'à ce jour. Il n'y a jamais eu de traitement par psychiatre, encore moins par un spécialiste des troubles de stress post-traumatique. Visiblement, l'état psychique de [l'assurée] n'était pas si mal en juin 2011 puisqu'on écrit que son état fluctue en fonction des événements extérieurs, notamment les différentes nouvelles ou absences de nouvelles de la part des assurances.

Lors de notre examen, [l'assurée] a donné une description neutre, sans aucune émotion particulière des événements de l'accident. Elle disait ne pas se rappeler précisément, avoir été sous l'emprise de l'anxiété pour se libérer et d'être libérée, par moment désespérée, par moment en espoir et ensuite soulagée ensuite avec la réussite de la libération de la main. Elle pouvait donc parler de l'accident sans déclencher des réactions décrites dans le rapport de [...].

Il n'existe aucun élément non plus pour la suite des événements du côté psychique. L'assurée est entrée dans les propositions d'évaluation professionnelle et le contrat conclu entre AI et U._____. Nous avons ici cité en détail le résumé d'évaluation après quelques mois, qui est dans l'ensemble très positif (mis à part les restrictions évoquées initialement). Il ne ressort à aucun endroit de ce rapport un aspect dépressif significatif. Par contre il y a évocation de soucis, de craintes et d'anxiété concernant le domaine extra-professionnel, sa fille, sa vie familiale, etc. Notons dans ce contexte que l'assurée a vu aussi s'améliorer sa situation psychique dans le sens de sa nouvelle rencontre et de son remariage de 2010. Elle nous a décrit ici une nouvelle vie de couple et de famille harmonieuse avec beaucoup de respect, de soutien, acceptation de sa fille, gentillesse, etc. Cette relation a été décrite entièrement en

termes positifs et visiblement, elle a une certaine influence positive, aussi sur le psychisme et le vécu de l'assurée.

Les mesures d'évaluation et d'entraînement ont été stoppées à la fois pour des raisons subjectives et par l'intermédiaire du certificat d'arrêt de travail de son médecin généraliste. Lors de notre examen, [l'assurée] a donné une autre version : elle aurait beaucoup souffert de stress chez U._____, de migraines, de manque de pauses, d'une « atmosphère de garderie », de la jeunesse et immaturité des autres participants, de l'espace ouvert et selon elle, du manque de professionnalisme. Elle est ici visiblement assez disqualifiante, défensive et ancrée dans ses convictions personnelles. Résumons pour cette partie uniquement que du rapport final de U._____, aucun dysfonctionnement psychique majeur ne ressort.

En observation directe, en juin 2013, nous avons vu et décrit une femme dans une très bonne présentation, soignée, subtilement souriante aux présentations, dans un très bon tonus corporel, ni fatiguée, ni fatigable, tenant sans problème deux heures et quart d'entretien. Elle n'a montré à aucun moment un quelconque affaiblissement. Elle maîtrisait bien le français, il n'y avait pas de trouble cognitif à constater, ses réponses et récits étaient structurés, il y avait même une tendance à dominer l'espace - temps.

Sur le plan affectif, elle était émotive, ceci dit momentanément affectée, proche des larmes ou affligée en contact avec des sujets pénibles pour elle. À l'inverse, elle pouvait être euthymique et une grande partie aussi souriante et parfois observable dans de petits rires. Il n'y avait absolument pas de fixation émotionnelle et en particulier pas dans un sens dépressif.

Nos observations correspondaient aussi aux résultats de l'application d'échelles standardisées : ici l'échelle de ralentissement et l'échelle d'évaluation dépressive MADRS [réd. : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale] ont montré des résultats tout à fait rassurants et normaux.

Elle s'est montrée exaspérée par rapport au déroulement de son historique médical, dans une certaine incompréhension par rapport aux assureurs et en révolte contre la diminution de son potentiel physique.

Nous avons effectué un dosage médicamenteux des antidépresseurs prescrits et qu'elle disait prendre. Il s'est avéré ici que l'un d'eux est pris correctement, pour l'autre il n'y a pas de trace. Ce dernier concerne une substance antidépressive complémentaire qui vise à réguler le sommeil, justement décrit perturbé par l'assurée. Il existe donc ici, si nécessaire et souhaité, toujours un potentiel d'optimisation thérapeutique.

Notons dans ce contexte aussi que le suivi chez la psychologue a été arrêté en 2012 et que la dernière consultation chez son médecin (qui prescrit aussi les médicaments psychotropes) date du mois de janvier 2013.

Dans l'ensemble, on peut constater qu'il n'y a clairement aucune atteinte psychique majeure et/ou indépendante. Ceci concerne l'anxiété, la thymie, la personnalité et d'éventuels autres domaines psychiques. Autrement dit, nous avons vu une femme qui est sur le plan psychique valide, normale et fonctionnelle.

Vu avec distance, il s'agit donc d'une femme qui a en quelque sorte perdu son « innocence de jeunesse », qui a malheureusement dû faire l'expérience de la vulnérabilité de la vie et qui est amenée à faire un chemin d'acceptation d'éléments de vie adverse.

Elle était beaucoup fixée sur le fait d'évoquer « l'avant et l'après ». Elle a insisté à quel point elle était en bonne santé avant 2007, à quel point il est dur d'accepter son handicap et aussi la notion que des accidents peuvent arriver. Il y a ici l'explication pour des craintes élargies un peu irrationnelles concernant sa fille. Mais elle pouvait bien admettre dans la discussion qu'il est nécessaire voir indispensable de laisser sa fille grandir, lui donner progressivement de liberté etc.

Bref, chez l'assurée en question, le processus de deuil, avec tous ses stades, est encore difficile, et l'intégration sur de nouvelles données n'est au stade actuel que partiellement atteinte. Mais, rappelons encore une fois, qu'il ne s'agit pas d'un processus pathologique, ni d'une fixation pathologique. L'assurée, avec ses moyens intellectuels et psychiques, dispose de tous les moyens pour mener ce processus à bout. Contrairement à ses croyances et affirmations, il n'y a pas de modification de personnalité. »

S'agissant des diagnostics et de la capacité de travail de l'assurée, le Dr E. _____ a précisé les éléments suivants :

« [...] Nous avons choisi cette combinaison diagnostique car formellement, un trouble de l'adaptation ne peut plus être diagnostiqué plusieurs années après l'événement déclenchant.

Bien que la description des douleurs restantes était intense, nous n'avons pas retenu un diagnostic de troubles somatoforme douloureux. Il y a ici surtout le fait qu'il n'y a pas d'élargissement ; les douleurs sont décrites toujours circonscrites autour des régions anatomiques lésées.

En conséquence, il n'y a au stade actuel aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à constater d'un point de vue psychique - psychiatrique. En ce qui concerne le passé, nous n'avons trouvé aucun argument pour dire que les réactions anxio-dépressives associées (trouble de l'adaptation) avaient provoqué une atteinte supérieure à ce qui est retenu sur le plan physique, exception faite ici du constat de [...], où une incapacité de travail de 50% pour des raisons psychiques - psychiatriques a été retenue. Si l'on accepte cette notion, si l'on suit les recommandations et le fait que l'assurée était effectivement pendant quelques mois dans un traitement spécifique, qu'elle a commencé à prendre des médicaments, la capacité de travail d'un point de vue psychique était à nouveau entière six à huit mois après, c'est-à-dire au mois d'octobre 2011.

Les conclusions pour aujourd'hui sont très claires : toutes les activités qui seront considérées comme adaptées et exigibles sur le plan physique peuvent entièrement être assumées d'un point de vue psychique. [...] »

Par avis du 20 septembre 2013, le SMR, soit le Dr X. _____, s'est rallié aux observations du Dr E. _____ et retenu que le diagnostic de « trouble anxieux et dépressif mixte » n'avait engendré qu'une incapacité de travail temporaire de 50% entre janvier 2011 et septembre

2011, sans que l'interruption de la mesure de réinsertion dispensée par U. _____ eût été objectivement justifiée.

L'assurée a fait parvenir à l'OAI en date du 31 octobre 2013 un rapport complémentaire du Dr T. _____ du 23 octobre 2013 où ce praticien a notamment rappelé que l'arthrose diagnostiquée auprès de la recourante était à son avis d'origine essentiellement post-traumatique.

K. L'OAI a procédé à l'évaluation théorique de l'invalidité de l'assurée, prenant en considérant une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2011. Les revenus hypothétiques sans et avec invalidité déterminants pour le calcul étaient arrêtés sur la base de l'ESS, édictée par l'OFS pour l'année 2010, avec actualisation des chiffres à l'année 2011. Le revenu sans invalidité retenue ascendait ainsi à 53'383 fr. 30 dans toutes activités des secteurs de la production et des services sans qualification professionnelle préalable. Le revenu d'invalidité, également dans une activité non qualifiée des secteurs de la production et des services, se montait à 48'044 fr. après réduction de 10% des salaires statistiques destinée à compenser les limitations fonctionnelles de l'assurée. Un préjudice économique de 5'338 fr. 30 était dès lors obtenu, lequel correspondait à un degré d'invalidité de 10%.

Un nouvel avis a par ailleurs été émis le 19 décembre 2013 par le Dr I. _____, médecin au SMR, qui a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée depuis octobre 2011.

Vu ces éléments, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée le 3 février 2014, envisageant de la mettre au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de 100%, pour la période limitée s'étendant du 1^{er} novembre 2008 au 30 novembre 2011. Cette prestation était supprimée à l'issue du délai de trois mois suivant l'amélioration de son état de santé psychique dès le

1^{er} septembre 2011, compte tenu d'un degré d'invalidité de 10% ressortant de la comparaison des gains ci-dessus.

Le 7 mars 2014, l'assurée a contesté ce projet avec l'assistance de son conseil, se prévalant de l'importante symptomatologie douloureuse l'affectant sur le plan somatique et des possibles mesures médicales envisagées, tandis que la dégradation progressive de son poignet droit s'accroissait avec sa mobilisation. Elle s'est par ailleurs référée aux rapports du Dr T._____ produits dans le cadre du litige l'opposant à la CNA.

En date du 2 juillet 2014, l'OAI a rendu une décision, avec le concours de la caisse de compensation compétente, conforme à son projet de _____ décision _____ du 3 février 2014 et considéré ce faisant que les observations du Dr T._____ ne justifiaient pas une nouvelle appréciation du cas de l'assurée.

L. L'assurée, représentée par Me Carré, a interjeté recours contre cette décision par acte du 3 septembre 2014, concluant principalement à la reconnaissance de son droit à la rente d'invalidité au-delà du mois de novembre 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Contestant l'appréciation médicale de sa situation, elle a par ailleurs fait grief à l'OAI de ne pas avoir procédé attentivement à la fixation des revenus avec et sans invalidité et d'avoir retenu un degré d'invalidité inférieur à celui déterminé par la CNA, alors que la prise en compte des atteintes à la santé devait forcément être plus étendue en matière AI. A son sens, le revenu sans invalidité n'était pas le reflet de ses perspectives effectives d'avancement, alors qu'une formation interne était envisagée à C._____SA en vue de l'accession à un emploi fixe susceptible d'évolution. Quant au revenu d'invalidité, il ne prenait pas en considération la limitation du gain réalisable concrètement du fait des restrictions d'utilisation du membre dominant. Enfin, les mesures de réadaptation n'avaient pas été suffisamment étudiées. Etait par ailleurs sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire que le juge instructeur a

accordée par décision du 10 septembre 2014 avec effet dès le 2 septembre 2014. Me Carré était désigné en qualité d'avocat d'office, l'assurée étant au surplus exonérée du paiement des avances et des frais judiciaires.

Cette seconde procédure de recours porte le numéro de cause AI 185/14.

L'OAI a pour sa part proposé le rejet du recours aux termes de sa réponse du 6 octobre 2014, rappelant que le taux d'invalidité déterminé par la CNA ne le liait pas. S'agissant du revenu sans invalidité, il a souligné que l'assurée n'avait que peu travaillé en Suisse et que les salaires statistiques pris en compte étaient largement supérieurs à ceux qu'elle avait réalisés avant son atteinte à la santé. En outre, la progression alléguée au sein de C._____SA ne pouvait être établie faute d'indices concrets en ce sens. Quant au revenu d'invalidité, déterminé également à bon droit sur la base des statistiques salariales, il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement supérieur à 10% sur le montant mis à jour, les limitations fonctionnelles de l'assurée s'avérant déjà largement prises en considération.

Par pli du 8 janvier 2015, Me Carré a sollicité pour le compte de l'assurée que les procédures AA 78/12 et AI 185/14 fussent instruites conjointement, tout en requérant une prolongation de délai dans la mesure utile pour déposer de nouvelles pièces, notamment professionnelles, étant donné les démarches effectuées par sa mandante en vue de la reconnaissance de ses diplômes équatoriens.

Le juge instructeur a précisé le 6 février 2015 que les pièces des dossiers AA 78/12 et AI 185/14 seraient transmises réciproquement aux parties à ces deux procédures en leur laissant l'opportunité de se déterminer, sans toutefois procéder à la jonction des causes.

Le 10 mars 2015, l'OAI a indiqué ne pas avoir de remarque complémentaire à formuler suite à l'analyse des pièces du dossier de la

CNA et persister à conclure au rejet du recours contre sa décision du 2 juillet 2014.

M. Dans l'intervalle, soit le 21 février 2015, Me Carré a informé le juge instructeur de la résiliation de son mandat du fait de l'assurée et sollicité la taxation de ses frais et honoraires pour le temps consacré à la défense de ses intérêts, sur la base de la liste d'activités produite en annexe à sa correspondance.

Suite à des informations supplémentaires requises par le Tribunal,
Me Carré a été libéré de son mandat par courrier du juge instructeur du 8 avril 2015, lequel a néanmoins précisé que les indemnités seraient fixées dans les arrêts à venir sur le fond, par souci d'économie de procédure.

L'assurée a bénéficié d'un ultime délai imparti au 22 mai 2015 pour se déterminer dans les deux causes l'opposant respectivement à la CNA et à l'OAI, sur quoi elle ne s'est pas manifestée plus avant.

Les causes concernées ont en conséquence été gardées à juger.

E n d r o i t :

1.

1.1 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours formé le 3 septembre 2014 contre la décision de l'OAI du 2 juillet 2014 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte en outre les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2011, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel.

Singulièrement, la recourante conteste pour l'essentiel le degré d'invalidité de 10% retenu par l'OAI dès le 1^{er} septembre 2011. Elle estime que le revenu hypothétique sans invalidité a été nettement sous-évalué dans son cas, eu égard à ses perspectives professionnelles au sein de C. _____ SA, rappelant avoir été titulaire d'un diplôme commercial dans son pays d'origine, alors qu'une formation interne aurait été envisagée par cet employeur en vue de son avancement. Plus généralement, elle relève que son potentiel de formation était susceptible d'atteindre le cadre universitaire. Quant au revenu d'invalidité, elle fait valoir que l'abattement opéré sur les salaires statistiques s'avère insuffisant vu sa nationalité étrangère, son niveau de formation et ses limitations fonctionnelles. Elle a par ailleurs remis en question l'évaluation concrète de sa capacité de travail, soit l'appréciation de sa situation médicale, renvoyant aux arguments développés à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA en lien avec la persistance d'une symptomatologie douloureuse et des difficultés de mobilisation de son poignet. Elle a enfin sollicité une nouvelle étude des mesures de réadaptation.

Quant à l'OAI, il a pour sa part maintenu que, compte tenu d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux restrictions médicales, recouvrée dès septembre 2011, l'assurée présentait un degré d'invalidité de 10%, sans que ses griefs à l'encontre de la comparaison des gains opérée ne fussent pertinents. En particulier,

l'OAI s'est prévalu du défaut d'éléments concrets susceptibles de justifier la prise en compte des perspectives professionnelles avancées par l'assurée et de l'adéquation de l'abattement de 10% à sa situation personnelle.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

2.2 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office

par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références).

Dès lors, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 322 consid. 5a ; TF [Tribunal fédéral] 8C_264/2013 du 3 mai 2013 ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b ;).

2.3 En l'occurrence, il s'agira de se prononcer en premier lieu sur l'appréciation médicale de la situation de la recourante afin de déterminer si elle a effectivement recouvré une capacité résiduelle de travail dès septembre 2011. Cas échéant, il s'agira en second lieu d'analyser l'évaluation du taux d'invalidité opérée par l'intimé, à l'aune des principes rappelés supra sous considérant 2.2. Enfin, dans la mesure où la décision querellée nie expressément le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel, il conviendra de statuer sur cette question qui forme également l'objet du litige.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

3.2 On ajoutera que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert

(psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

3.3 L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

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

4. Le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, la décision litigieuse ayant mis fin au versement d'une rente entière d'invalidité avec effet au 30 novembre 2011.

Il convient de rappeler dans ce contexte que les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1).

4.1 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

4.2 En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

5. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet de plusieurs investigations médicales approfondies renseignant sur l'évolution de sa situation, tant sous l'angle somatique que psychique.

Il s'agit de déterminer si les rapports corrélatifs permettent à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail dont dispose effectivement l'assurée.

5.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

5.2 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, 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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne

saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

5.3 L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

5.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5.5 En l'espèce, l'aspect somatique de l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens cliniques substantiels, réalisés le 5 mai 2010 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M._____, respectivement au sein de la Clinique W._____ en vue de l'établissement du rapport du 17 février 2011.

A la suite de ces examens, les spécialistes concernés ont unanimement estimé que la situation était stabilisée, malgré la persistance des douleurs alléguées par l'assurée. Etait relevée « une bonne mobilité du poignet » en dépit d'une certaine « diminution de la force », sans que ne fussent préconisées de nouvelles mesures médicales compte tenu de la consolidation de l'arthrodèse effectuée par le Dr J._____ (cf. à cet égard rapport du Dr M._____ du 5 mai 2010, p. 5, et rapport de la Clinique W._____ du 17 février 2011, p. 3).

Quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, ils ont estimé que l'assurée n'était certes plus en mesure de poursuivre son activité habituelle de manutentionnaire, mais se trouvait dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité ménageant son membre supérieur droit. Les spécialistes ont expressément exclu dans ce contexte toute activité comportant le port de charges, les gestes répétitifs du membre supérieur droit, particulièrement en cas de travaux de force (cf. rapports du Dr M._____ du 5 mai 2010, p. 5, et de la Clinique W._____ du 17 février 2011, p. 5).

On observe que ces constats rejoignent ceux du propre chirurgien traitant de l'assurée, le Dr J._____, ce dernier ayant fait état d'une situation stationnaire depuis son rapport à la CNA du 15 septembre 2008, où il avait également considéré que l'exercice d'une activité adaptée aux restrictions du poignet droit de sa patiente était envisageable.

En outre, les documents produits ultérieurement par l'assurée à l'appui de sa contestation à l'encontre des décisions et décisions sur opposition de la CNA, singulièrement les rapports des Drs A._____ et

T._____, ne font pas sérieusement mention de restrictions supplémentaires à l'exercice d'une activité lucrative adaptée. Le Dr T._____ a en effet préconisé des mesures en vue de réintégrer l'assurée sur le marché de l'emploi, tout en se consacrant au surplus essentiellement à démontrer l'origine éventuellement traumatique des atteintes à la santé affectant la recourante et à exposer les mesures médicales encore envisageables. Non sans une certaine contradiction, il a par la suite, dans son avis du 10 mars 2013, critiqué la mise en œuvre d'une mesure de réintégration auprès de U._____, sous l'égide de l'Al. Pourtant, cette mesure n'avait pas été interrompue en invoquant des problèmes au membre supérieur, mais, selon le Dr Y._____, en raison d'une surcharge psychologique. L'expert E._____ avait relevé encore d'autres motifs, avancés par la recourante, pour l'interruption de la mesure qui n'avaient également pas trait à son membre supérieur (par exemple : atmosphère de « garderie », jeunesse et immaturité des autres participants). Quant aux collaborateurs de U._____, ils avaient constaté, dans un rapport du 9 novembre 2012, que la recourante conservait l'habileté manuelle nécessaire à l'accomplissement de tâches administratives. Le Dr A._____ a pour sa part relevé la « mobilisation articulaire assez bonne » constatée chez l'assurée sans se prononcer spécifiquement en termes de capacité de travail (cf. rapports du Dr T._____ des 23 et 27 mars 2011 et du Dr A._____ du 16 octobre 2012).

Compte tenu de l'exhaustivité des examens conduits tant par le
le
Dr M._____ que par les experts de la Clinique W._____ et en l'absence de tout élément substantiellement nouveau qui viendrait contredire les conclusions de ces spécialistes, l'on ne voit pas de raison de s'en écarter, ni même de les compléter.

Il s'agit donc de considérer que la recourante est dotée - au plus tard depuis son départ de la Clinique W._____ en janvier 2011 - d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant son état de santé, sur le plan strictement somatique.

5.6 Quant à l'aspect psychique de la situation, il a été investigué tant auprès de la Clinique W. _____ lors du séjour de l'assurée en janvier 2011 que par l'expert mandaté par l'OAI, le Dr E. _____.

Les spécialistes divergent certes quant aux diagnostics retenus - à savoir « syndrome de stress post-traumatique » pour la consultante de la Clinique W. _____, la Dresse P. _____, et « trouble anxieux et dépressif mixte » accompagné d'un « syndrome de comportement non spécifié associé à des facteurs physiques » pour le Dr E. _____ - mais ont néanmoins retenu une capacité de travail substantielle en faveur de l'assurée.

Cela étant, compte tenu de la jurisprudence fédérale rappelée ci-dessus au considérant 5.2, il y a lieu d'accorder la prépondérance aux observations du Dr E. _____ qui a exposé à satisfaction les raisons justifiant de s'écarter de l'appréciation diagnostique de la Dresse P. _____.

Singulièrement, le Dr E. _____ a procédé à des investigations minutieuses de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et des avis à disposition. Il a par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à son champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer ses conclusions. Ces dernières, extrêmement étayées, emportent indubitablement la conviction.

On ajoutera que les diagnostics retenus par le Dr E. _____ sont identiques à ceux avancés en son temps par la psychologue ayant assumé le suivi de l'assurée jusqu'en 2012, Mme K. _____. Quand bien même celle-ci n'a pas la qualification d'un médecin spécialiste, il n'en demeure pas moins que son avis est largement indicatif de l'état de sa patiente au vu d'une prise en charge s'étendant sur plusieurs années.

L'assurée ne remet au surplus pas en question les conclusions du Dr E. _____, ne produisant aucun document relatif à son état de santé psychique et ne relatant aucune prise en charge spécialisée de ce registre depuis la fin du mandat de la psychologue précitée.

5.7 Compte tenu de ce qui précède, il s'agit de considérer que l'état de santé global de la recourante a été investigué de manière complète, tandis qu'il y a lieu de suivre les conclusions des spécialistes sollicités par la CNA et l'OAI.

Il convient dès lors de retenir que l'assurée a recouvré au plus tard dès octobre 2011, pour tenir compte de l'estimation du Dr E. _____ sous l'angle psychique, une capacité totale de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles déterminées sur le plan physique.

On notera à cet égard que l'OAI a, à tort, pris en compte une amélioration de l'état de santé de l'assurée à partir de septembre 2011 à l'issue de sa décision du 2 juillet 2014, alors même que le Dr E. _____, auquel s'est pour l'essentiel rallié le SMR, a expressément indiqué octobre 2011 au titre de date déterminante de ladite amélioration. La décision litigieuse devra donc être rectifiée à cet égard (cf. considérant 7 ci-dessous).

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

6.1 On rappellera préalablement que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont

toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3 ; TFA I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d ; TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

6.2 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré

(cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

6.3 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ;

TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser - au degré de la vraisemblance prépondérante - s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiée par l'OFS (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

Pour la détermination du revenu sans invalidité, il faut également tenir compte des chances réelles d'avancement compromises par l'invalidité en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (cf. TFA U 361/01 du 31 janvier 2003 consid. 4.1). Des chances d'avancement doivent être hautement vraisemblables (TFA I 590/02 du 20 juin 2003 consid. 3.2.3). De simples possibilités théoriques n'entrent pas en ligne de compte. L'assuré doit dès lors apporter la preuve qu'il aurait réalisé un revenu plus élevé s'il n'était pas devenu invalide, par exemple en établissant que l'employeur avait laissé entrevoir une perspective

d'avancement ou qu'il avait donné des assurances en ce sens. L'intention de progresser sur le plan professionnel peut également s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation de cours, le début d'études ou la passation d'examens, etc. (VSI 1998 p. 170 et références citées). On évitera toutefois de poser des exigences de preuve trop strictes lorsque l'assuré était jeune et débutait à peine sa carrière professionnelle au moment de la survenance de l'invalidité, ceci compte tenu de la difficulté à apporter la preuve d'une évolution hypothétique du revenu sans invalidité (TF I 400/06 du 2 mai 2007 consid. 4 et références citées ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 557 n° 2091).

6.3.1 Dans le cas particulier, la CNA a pris en compte un revenu hypothétique mensuel sans invalidité de 4'408 fr., équivalant à un gain annuel de 52'904 fr. selon les données concrètes fournies par C. _____ SA pour l'année 2011 (cf. réponse de l'employeur au questionnaire de la CNA, complété le 4 juillet 2011).

6.3.2 L'OAI n'a en revanche pas considéré que le revenu hypothétique sans invalidité pouvait être fixé sur la base des données concrètes ci-dessus et s'est référé à l'ESS, conformément à la jurisprudence rappelée supra. Au vu de la diversité des activités exercées par l'assurée depuis son arrivée en Suisse, il a pris en compte le tableau regroupant le total des activités de la production et des services. Selon ces données, les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2010, pouvaient prétendre un salaire mensuel de 4'225 fr., part au 13^{ème} salaire comprise, sans qualification professionnelle particulière (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Après actualisation à 2011 et au vu de la durée hebdomadaire usuelle du travail, l'OAI a mis à jour un revenu sans invalidité de 53'383 francs.

Il convient de rectifier l'actualisation du revenu comme suit. Les salaires bruts standardisés tiennent en effet compte d'un horaire de

travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2). Le revenu mensuel doit être ainsi majoré à 4'405 fr. ($4'225 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), correspondant à un salaire annuel de 52'855 francs. Après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3), le revenu annuel déterminant à plein temps est de 53'367 fr. en lieu et place du montant arrêté in casu par l'OAI.

6.3.3 En l'espèce, force est de relever que l'on ne voit a priori aucune raison de s'écarter du revenu concrètement communiqué par C. _____ SA, avec laquelle l'assurée avait au demeurant envisagé une collaboration durable par le biais d'un contrat de durée indéterminée.

On ne donnera en particulier pas suite favorable aux revendications de la recourante en lien avec des perspectives de gain plus importantes auprès de cet employeur, étant précisé qu'elle n'a produit aucun indice concret en ce sens. On ne peut retenir en l'état que des perspectives d'avancement eussent été avérées, ni d'ailleurs que la recourante eût repris des études afin d'acquérir un niveau de formation supérieure, en l'absence de toute pièce étayant ses arguments dans ce contexte. En outre, on rappellera que l'allégation selon laquelle son niveau de formation dans son pays d'origine équivaldrait à celui d'un employé de commerce, n'a pas été davantage démontrée. Enfin, on rappellera, à l'instar de l'OAI, que l'assurée n'a, depuis son arrivée en Suisse, jamais réalisé un revenu aussi élevé que ceux retenus par la CNA, respectivement l'OAI, au titre de revenu hypothétique sans invalidité.

Il s'agit donc d'écarter les griefs de la recourante quant à la fixation de son revenu sans invalidité.

Par ailleurs, il sera exposé ci-après sous considérant 6.5 que la prise en compte du revenu concret de 52'904 fr. retenu par la CNA ou de celui ressortant de l'ESS de 53'367 fr. au titre de revenu sans invalidité

demeure sans incidence significative sur le degré d'invalidité de la recourante en termes de droit aux prestations AI.

6.4 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc

p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

6.4.1 Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut retenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et compatibles avec les restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées.

Après prise en compte de la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 et actualisation à cette même année selon le procédé utilisé pour la mise à jour du revenu hypothétique sans invalidité (cf. ci-dessus considérant 6.3), on obtient derechef un revenu de 53'367 francs.

6.4.2 Il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 10% paraît approprié pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à la portée de la recourante qui est entravée dans la mobilisation de son membre supérieur dominant. Les autres critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans ce cadre n'ont pas lieu d'être pris en considération puisque l'assurée est encore jeune, dotée de ressources adaptatives, et, contrairement à ce qu'elle soutient, ne subit aucune entrave sérieuse du point de vue linguistique. Par ailleurs, des problèmes psychosociaux ou d'ordre linguistique ne constituent pas des critères à prendre en considération (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.3 et 6.5 ; TFA I 805/05 du 30 novembre 2006 consid. 5.2 et 5.3). On ajoutera qu'une réduction de 15%, supérieure de 5% à celle fixée par l'OAI, n'aurait pas d'incidence déterminante s'agissant du droit aux prestations de la recourante.

6.5 Ainsi que l'a indiqué l'OAI dans la décision entreprise, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique - ce qui est le cas en l'espèce - le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail sous réserve de la réduction des salaires statistiques (cf. TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2).

In casu, le degré d'invalidité de la recourante ascende ainsi effectivement à 10% depuis octobre 2011, comme l'a déterminé l'OAI par décision du 2 juillet 2014, voire au plus à 15% si l'on devait prendre en considération un abattement de cette mesure sur les salaires statistiques, ce qui est de toute façon insuffisant pour maintenir le versement d'une rente d'invalidité.

Par ailleurs, en retenant le revenu sans invalidité concret, communiqué par C._____SA, l'incapacité de gain se monterait dès octobre 2011 à 9,2% ($[52'904 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}] \times 100 / 52'904 \text{ fr.}$), arrondis à 9% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), excluant également de facto le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI.

7. Compte tenu des éléments ci-dessus, l'OAI était légitimé à mettre fin au versement de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante dès le 1^{er} novembre 2008.

Cela étant, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, il convient de tenir compte d'une période de trois mois dès octobre 2011, correspondant à la date de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée et du recouvrement d'une capacité de travail entière. L'intervalle de trois mois consacré par la disposition réglementaire en question porte le terme de la rente entière d'invalidité au 31 décembre 2011 en lieu et place du 30 novembre 2011, la décision du 2 juillet 2014 devant être rectifiée dans cette mesure.

8. Reste la question des mesures d'ordre professionnel, singulièrement du droit au reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, que l'assurée semble revendiquer aux termes de ses différentes écritures à la Cour de céans.

8.1 On rappellera que dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée).

8.2 Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de

la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

En l'occurrence, au vu du degré d'invalidité mis à jour par l'OAI, il apparaît que l'assurée ne peut prétendre un reclassement de l'AI, faute d'atteindre le seuil minimal fixé par la jurisprudence fédérale susmentionnée.

Tout au plus peut-elle prétendre une mesure de placement en vertu de l'art. 18 LAI afin d'être soutenue dans sa recherche d'un emploi adapté à son état de santé. Il lui appartient de solliciter une telle prestation auprès de l'OAI en s'engageant à faire preuve de la motivation suffisante impliquée par l'octroi de cette mesure.

9. Il résulte de l'ensemble des considérants qui précèdent que le recours doit être très partiellement admis en ce qui concerne le terme du versement de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante, lequel doit être porté au 31 décembre 2011, la décision querellée étant réformée en ce sens. Le recours sera au surplus rejeté.

9.1 La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'issue de la procédure, les frais de justice sont fixés à 200 fr. et mis à la charge de l'intimé. Vu la situation économique de la recourante, il est renoncé à lui demander une participation à des frais judiciaires supplémentaires (cf. art. 50 LPA-VD).

9.2 Il y a au demeurant lieu d'allouer des dépens réduits à 500 fr., la recourante n'obtenant que très partiellement gain de cause (art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

9.3 Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi.

La recourante a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 2 septembre 2014 (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Elle a par ailleurs décidé unilatéralement de mettre fin à ce mandat dès le 21 février 2015, Me Carré en ayant formellement été libéré par le juge instructeur selon la correspondance du 8 avril 2015.

Le 21 février 2015, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. La liste corrélatrice comprend toutefois une partie des démarches effectuées en faveur de l'assurée dans le cadre de la procédure introduite contre la CNA sous numéro de cause AA 78/12, lesquelles sont prises en compte dans l'arrêt corrélatif.

On observe également des opérations vraisemblablement afférentes à la procédure en responsabilité civile envisagée contre

C. _____ SA, lesquelles doivent être retranchées de la présente affaire (cf. p. ex. différents courriers à l'employeur précité, notamment les 23 octobre 2014 et 19 novembre 2014).

Par ailleurs sont indiquées des correspondances téléphoniques avec des médecins et des intervenants non impliqués dans le litige opposant l'assurée à l'OAI par devant la Cour de céans qu'il n'y pas lieu d'indemniser (cf. conférences téléphoniques des 10 novembre 2014 et 29 janvier 2015).

Enfin, les correspondances adressées suite à la résiliation du mandat de l'avocat, à l'exception de celle expédiée à la Cour de céans, ainsi que les opérations en lien avec la reconnaissance de dette que Me Carré a fait parvenir à sa cliente, n'ont pas à être prises en considération dans le contexte de la présente procédure. Une reconnaissance de dette ne pouvait par ailleurs pas être requise pendant le mandat d'office pour les opérations effectuées dans ce contexte.

La liste des opérations effectuées par Me Carré doit en conséquence être réduite pour respecter les limites matérielles fixées par la décision du juge instructeur du 10 septembre 2014, soit en ne retenant que les opérations effectuées dans le cadre du recours entamé contre la décision de l'OAI du 2 juillet 2014.

Il s'agit en définitive de prendre en compte les opérations effectuées par Me Carré à hauteur d'un total de 5 heures et 18 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit 954 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

A ce montant s'ajoutent les débours arrondis à 160 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'203 fr. 10 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause (face au

tribunal, un recours de douze pages contenant en partie les mêmes allégations et griefs qu'en procédure administrative et un mémoire de deux pages).

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 703 fr. 10 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

La recourante est rendu attentive au fait qu'elle est tenu de rembourser la somme de 703 fr. 10 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC cité plus haut. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est très partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 2 juillet 2014 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 pour la période limitée _____ s'étendant _____ du 1^{er} novembre 2008 au 31 décembre 2011. Dite décision est confirmée pour le surplus.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux 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 la recourante une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'203 fr. 10 (mille deux cent trois francs et dix centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le montant de 703 fr. 10 (sept cent trois francs et dix centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.

- VII.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- F. _____, à [...],
- Me Olivier Carré, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :