

FR_GERICHTE 608 2014 124 vom 24. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_124

FR: FR_GERICHTE 608 2014 124 du 24 août 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 124 del 24 agosto 2016

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. Tribunal cantonal TC Page 4 de 20

E. 2

Dans son recours, la recourante a invoqué une violation de son droit d'être entendue, motif pris que les questions posées aux experts par l'assureur LAA ne correspondaient pas à celles que l'OAI avait entendu leur soumettre. Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige. a) Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c; 131 V 35 consid. 4.2). L'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, consacrant le principe de la maxime inquisitoire, dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. b) En l'espèce, la recourante a pu, à répétées reprises, s'expliquer et se déterminer sur l'expertise litigieuse, tant devant l'autorité intimée que devant la Cour de céans. Par ailleurs, une partie n'a, en procédure administrative, pas le droit de restreindre l'administration des moyens de preuve, de limiter le pouvoir d'examen des experts sollicités aux questions qu'elle pose ou de formuler de manière exclusive les questions posées aux experts. Au contraire, le principe de l'instruction d'office (maxime inquisitoire) impose à l'assureur social de réunir de son propre chef les pièces déterminantes pour l'établissement de l'état de faits, de définir les faits pertinents pour la solution du litige, de procéder à l'administration et à l'appréciation des preuves; il doit en effet s'attacher à établir l'état de fait de manière correcte, complète et objective, afin de découvrir la réalité matérielle (FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD,

Droit suisse de la sécurité sociale, 2015, p. 499). Aussi le catalogue de questions de l'OAI est-il transmis aux assurés à titre indicatif seulement (cf. dossier AI pce p. 232 à 235) et ne saurait-il en aucune façon limiter le pouvoir d'examen des experts sollicités dans le cadre d'une expertise administrative. A l'inverse, le point de savoir si l'autorité intimée aurait dû poser de plus amples questions aux experts sollicités, voire procéder à une expertise complémentaire, et a en cela violé le principe de la maxime inquisitoire est une question qui relève non pas du droit d'être entendu mais de l'appréciation des preuves. Il se justifie donc de l'examiner avec le fond du litige (cf. arrêts TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 b) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

E. 6

LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé,

l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). d) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu

d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). e) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; cf. art. 28a al. 2 LAI). Pour évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008). Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêt TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 et les références citées), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; ATF 130 V 97 consid. 3.3). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, p. 222). f) Selon la méthode mixte, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part

l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références citées). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références citées). En outre, soulignons encore que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100 % (arrêt TF I Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; arrêt TF I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). Cela étant, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées). Si les résultats de l'enquête divergent sensiblement de l'appréciation médicale, un examen par le service médical régional de l'OAI (SMR) sera requis (directives CIIAI, n° 1059). Enfin, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'elle accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si elle aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou si elle aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de la personne assurée, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). La Cour européenne des droits de l'homme a, dans l'arrêt Di Trizo c. Suisse (n° 7186/09) du 2 février 2016, dit, par 4 voix contre 3, que la méthode mixte du droit suisse viole l'art. 14, combiné avec l'art. 8 de la convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH);

RS 0.101). g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008; 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). L'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accident en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, Bundessozialversicherungsrecht, 3ème éd. Bâle 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise (arrêt TAF C- 7866/2009 du 2 mai 2011 consid. 9.1). Il sied de relever que les services médicaux de l'assurance- invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. Le recours à une expertise initiée par l'assurance-invalidité n'est utilisé que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux existants, renseignements) ou encore en cas de controverses médicales sur un cas concret (BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142). 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée; arrêt TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée). 4. Dans la présente espèce, l'autorité intimée a, par la décision querellée, refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité. Appliquant la méthode mixte, l'office lui a en effet reconnu un Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 invalidité globale de 23.32% (pondération de 80%-20%, 16% pour l'activité lucrative [activité de substitution adaptée à son état de santé en qualité d'éducatrice spécialisée, exercée à 80% avec une diminution de rendement de 20%] + 7.32% dans l'accomplissement de ses travaux habituels [20% x 36.60%, à savoir 0% pour la « conduite du ménage », 9.60% pour le poste « alimentation », 10.20% pour l'« entretien du logement », 0.90% pour les « emplettes et courses diverses », 8.40% pour le poste « lessive et entretien des vêtements », 0% pour les « soins aux enfants ou aux autres membres de la famille » et enfin 7.50% pour les « divers », ainsi que cela ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 11 juin 2012, dossier AI pce p. 157 à 164, et du tableau des empêchements contenu dans la décision litigieuse, dossier AI p. 357]). La recourante, dans ses écritures successives, n'a jamais contesté ni la pondération reconnue par l'autorité intimée – à savoir 80% pour l'activité lucrative et 20% dans l'accomplissement de ses travaux habituels – ni le taux d'invalidité qui lui a été reconnu pour l'accomplissement de ses travaux habituels – à savoir 36.60% - au jour de l'enquête ménagère. A juste titre, puisque ladite pondération correspond aux déclarations de la recourante (cf. à cet égard dossier AI p. 74 et 163) et qu'aucun élément patent figurant au dossier ne permet de douter du bien-fondé des conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage. La pondération et le taux d'invalidité dans le ménage retenus par l'OAI peuvent dès lors être repris céans. C'est le lieu de noter que, dans la mesure où le calcul opéré en application de la méthode mixte par l'autorité intimée est favorable à l'assurée (le taux reconnu pour l'accomplissement de ses travaux habituels étant supérieur au taux reconnu pour l'activité lucrative), l'arrêt Di Trizo c. Suisse (n° 7186/09) du 2 février 2016 de la Cour européenne des droits de l'homme ne saurait être favorablement invoqué par la recourante en l'occurrence. Demeure donc seul litigieux le taux d'invalidité qui a été reconnu à l'assurée pour son activité lucrative: a) Les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction: - La feuille d'accident LAA remplie notamment par le Dr M._____, médecin spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, de N._____, attestant d'une incapacité de travail de l'assurée de 100% dès le 7 septembre 2010, puis de 50% depuis le 10 novembre 2010 (dossier AI pce p. 2; cf. également dans ce sens le certificat d'incapacité du 7 septembre 2010, dossier AI pce p. 91). - Le rapport médical du 24 septembre 2010 du Dr M._____, qui a diagnostiqué une fracture-impaction multifragmentaire peu déplacée de la partie supérieure et antérieure du tubercule majeur de l'humérus avec trait de refend se poursuivant à la face latérale de la

métastase humérale sur environ 4 à 5 cm, une arthrose acromio-claviculaire modérée, ainsi qu'une omarthrose débutante (cf. expertise, dossier AI pce p. 265 à 285). - Le rapport médical initial LAA du 6 octobre 2010 du Dr M. _____, qui a diagnostiqué une fracture non déplacée trochiter épaule droite ainsi qu'une entorse de la cheville droite du 7 septembre 2010 (dossier AI pce p. 89 s.). - Le certificat d'incapacité de travail du 16 février 2011 du Dr O. _____, alors médecin assistant en chirurgie orthopédique (dossier AI pce p. 97). - Le certificat d'incapacité du 20 avril 2011, les lettres et rapports médicaux subséquents des

E. 11

novembre 2010, 27 janvier, 16 février, 10 mars et 6 mai 2011 du Dr M. _____, qui a notamment attesté de difficultés, voire d'une impossibilité à effectuer des mouvements au-dessus Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 du niveau des épaules (cf. expertise, dossier AI pce p. 265 à 285; dossier AI pces p. 98, 100, 101 s.). - Le rapport médical du 25 mai 2011 du Dr P. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de fracture de la tête humérale droite – probablement – ainsi que de double remplacement valvulaire aortique et mitrale le 16 novembre 2005 pour une maladie aortique modérée et une sténose mitrale sévère d'origine rhumatismale. Il a finalement estimé que sa patiente ne présentait aucune incapacité de travail du point de vue de la médecine interne (dossier AI pce p. 16 s.). - Le rapport de consultation du 30 mai 2011 du Dr Q. _____, médecin spécialiste FMH en cardiologie, qui a diagnostiqué un fibrillo-flutter auriculaire intermittent paroxystique et un status après double remplacement valvulaire aortique et mitral par 2 prothèses mécaniques le

E. 16

novembre 2005. Il a conclu que, sur le plan strictement cardiologique, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail (dossier AI pce p. 30 à 33). - Le certificat médical d'incapacité total de travail, pour une durée indéterminée, du 20 juin 2011 du Dr Q. _____ (dossier AI pce p. 103). - Les rapports médicaux des 1er juin et 4 juillet 2011 du Dr M. _____, qui a pour l'essentiel précisé que l'élévation du bras était restée limitée par des douleurs de la région sous-acromiale (dossier AI pce p. 36 à 40, 100; cf. expertise, dossier AI pce p. 265 à 285). - Le protocole opératoire du 4 août 2011 du Dr R. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a effectué une arthroscopie, une ténotomie chef long biceps, une acromioplastie et une résection AC, au niveau de l'épaule droite (dossier AI pce p. 111 s.). - La lettre provisoire de sortie du 8 août 2011, le rapport médical intermédiaire LAA du 5 septembre 2011, les certificats d'incapacité des 13 septembre, 27 octobre et 15 novembre 2011 et les rapports médicaux des 12 septembre 2011 et 9 janvier 2012 du Dr M. _____, qui a essentiellement noté que, depuis l'opération du 4 août 2011, les douleurs qui avaient justifié l'opération avaient certes diminué, mais que la patiente souffrait toujours de douleurs neuropathiques au niveau de son épaule droite; une nette amélioration de la mobilité de son épaule a néanmoins pu être obtenue (dossier AI pces p. 65 à 69, 104 s. 106, 109 s., 113 s. et 116). - Le rapport médical du 6 février 2012 du Dr S. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, traitement interventionnel de la douleur, qui a noté la persistance d'une douleur névralgique dans l'épaule droite avec irradiation dans la nuque et a proposé l'augmentation de la dose de Lyrica (dossier AI pce p. 142 à 144, 175 à 177). - Le rapport médical du 14 mars 2012 du Dr M. _____, qui a rapporté que la patiente souffrait à ce jour d'importants effets secondaires probablement dus au Lyrica (dossier AI pce p. 133 s., 172 s.). - Le rapport

médical du 23 avril 2012 du Dr S. _____, qui a suggéré à sa patiente un traitement par infiltration de Kétamine (dossier AI pce p. 147 s., 178 s.). - Les rapports médicaux des 25 avril et 2 mai 2012 du Dr M. _____, qui a d'abord souligné qu'en raison des effets secondaires de la médication mise en place, la reprise d'une activité professionnelle ne pouvait pas être envisagée pour l'instant, puis malgré tout considéré que le traitement médicamenteux semblait bien équilibré (dossier AI pce p. 150 s., 154 s., 180 s.; 183 s.). Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 - Le rapport médical du 16 juillet 2012 du Dr S. _____, qui a derechef proposé un traitement par infiltration de Kétamine (dossier AI pce p. 169 s., 217 s.). - Le rapport médical du 24 juillet 2012 du Dr M. _____, qui a noté une nette amélioration ces derniers mois (dossier AI pce p. 186 s., 214 s.,). - Les certificats d'incapacité des 6 mars, 24 avril, 29 mai, 24 juillet et 25 septembre 2012 du Dr M. _____ (dossier AI pces p. 171, 174, 185, 213, 216, 219, 244). - Le rapport médical intermédiaire de septembre 2012 du Dr M. _____, qui a retenu que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et qu'il y aura certainement une persistance à long terme des douleurs. Il a estimé sa capacité de travail à 50% dans son ancienne activité, à cause des multiples précautions antalgiques à prendre et à condition que des adaptations majeures de sa place de travail soient possibles (dossier AI pce p. 201 à 206). - La lettre à contenu médical du 11 octobre 2012 de la Dresse I. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics de neuropathie chronique de l'épaule droite et d'épisode dépressif moyen (F32.1) (dossier AI pce p. 196 s.). - La lettre à contenu médical du 24 octobre 2012 du Dr S. _____, qui a considéré qu'un traitement par infiltration de Kétamine serait pour l'instant contre-indiqué au regard de la situation cardiaque instable. Le médecin a noté par ailleurs que la symptomatologie douloureuse était restée stable (dossier AI pce p. 199 s., 248 s.). - Le rapport de consultation du 13 novembre 2012 du Dr M. _____, qui a exposé que le cathétérisme cardiaque électro-physiologique qui avait été effectué pour permettre un traitement par Kétamine des douleurs de l'épaule droite s'est soldé par un échec. Il a, cela étant, noté que l'opération effectuée le 4 août 2011 était la cause du syndrome douloureux persistant (dossier AI pce p. 225 s., 245). - Le rapport de consultation du 23 novembre 2012 du Dr Q. _____ qui a estimé que sa patiente ne pouvait plus exercer son activité professionnelle auprès d'enfants handicapés pour des motifs strictement cardiologiques. Il a exposé qu'il était en faveur de l'attribution à sa patiente d'une rente entière d'invalidité (dossier AI pce p. 209 à 212, 321). - Le certificat médical initial LAA du 7 décembre 2012 de la Dresse I. _____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1), lié à la situation somatique, depuis l'accident du 7 septembre 2010 (dossier AI pce p. 222 s., 246 s.). Dans sa prise de position du 29 janvier 2013, le Dr T. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire – psychiatrique, cardiologique, orthopédique, neurologique et en médecine interne – (dossier AI pce p. 229 à 231). Les pièces médicales suivantes ont dès lors encore été versées aux actes: - Le rapport médical non daté et la lettre à contenu médical du 6 mai 2013 du Dr U. _____, médecin spécialiste FMH en cardiologie, qui a attesté d'une nouvelle intervention par cathétérisme cardiaque début mai 2013 et a émis un pronostic favorable (dossier AI pce p. 240 à 243, 322 à 324). - Le rapport médical du 18 février 2013 du Dr M. _____, qui a prévu l'application de patch de capsaïcine à forte concentration (dossier AI pce p. 251 s., 317 à 320). Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 - Les certificats d'incapacité des 12 février et 28 mai 2013 du Dr M. _____ (dossier AI pces p. 253 s.). - Le rapport médical du 28 mai 2013 du Dr M. _____, qui a noté que l'assurée avait subi une intervention

électro-physiologique sur le cœur qui aurait apporté l'effet escompté au niveau des troubles du rythme (dossier AI pce p. 256 s.). - Le certificat médical intermédiaire LAA du 7 juin 2013 de la Dresse I. _____, qui a exposé que l'état psychologique de sa patiente était fluctuant (dossier AI pce p. 255). - Le rapport d'expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'assureur LAA D. _____ SA et effectuée par le Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, du H. _____ (H. _____) (dossier AI pce p. 265 à 285): ■ Sur le plan orthopédique, l'élévation active du bras droit est décrite comme impossible. L'expert sollicité a toutefois exposé que la situation de l'épaule n'apparaissait de loin pas catastrophique à l'examen objectif et qu'il y avait peu d'explication mécanique aux plaintes. ■ Sur le plan neurologique, le neurologue a exposé que « l'examen neurologique est effectué dans des conditions particulièrement difficiles, chez une expertisée intolérante à la mobilisation et surtout à l'attouchement de la région de l'épaule droite. Compte tenu des conditions de collaboration, on note néanmoins une mobilité de l'épaule droite relativement bonne, bien que n'étant pas complète. Contrastant avec la limitation de la mobilité et l'importance des douleurs spontanées, on observe une bonne préservation de la trophicité musculaire des muscles scapulaires et du membre supérieur droit. Les réflexes tendineux sont présents, normovifs et symétriques. Le testing de la force musculaire, compte tenu des conditions de collaboration, ne démontre pas de déficit moteur certain, tout particulièrement au niveau de l'épaule et du membre supérieur droits. [...] Le bilan a été complété par une scintigraphie osseuse pratiquée le 24 juillet 2013 à N. _____ qui n'a pas apporté d'arguments en faveur d'une algoneurodystrophie active ou séquellaire et pas d'élément non plus en faveur d'une éventuelle atteinte inflammatoire active d'autre nature. [...] En l'absence d'une pathologie neurologique post-traumatique ou malade clairement objectivable, il n'est pas possible de retenir l'existence d'une incapacité de travail représentant une cause d'invalidité, tant sur le plan traumatologique que maladif ». ■ Sur le plan psychique, l'expert compétent n'a pas relevé de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles paniques, de trouble phobique, de symptômes d'état de stress post-traumatique, de trouble de la personnalité morbide, de perte de l'intérêt et du plaisir, de problème de la concentration et de l'attention, d'idée auto-agressive, ainsi que diminution de l'appétit. L'assurée a par ailleurs elle-même nié toute attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Face à ses douleurs à l'épaule gauche et aux échecs thérapeutiques, elle a exprimé un sentiment de détresse important, avec des pleurs. Le psychiatre sollicité n'a, somme toute, retenu qu'un éventuel trouble de l'adaptation consécutif à l'accident, en présence de facteurs étrangers, à savoir des difficultés dans le couple à gérer la situation post-traumatique; pour le reste, il a considéré que les symptômes constatés ne permettent pas de conclure à l'existence d'un épisode dépressif selon la classification officielle. Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 Les diagnostics suivants ont finalement été retenus par les experts: Fracture du trochiter épaule droite; acromion type 3; arthrose acromio-claviculaire épaule droite; troubles algiques et dysesthésiques de l'épaule droite sans explication neurologique tant post-traumatique que malade objectivable (pas d'éléments significatifs en direction d'une algoneurodystrophie ainsi que d'une atteinte tronculaire ou radiculaire); trouble de l'adaptation. Les experts ont estimé que l'état final n'était pas encore atteint et qu'une amélioration devant être considérée comme possible. A leur avis, « [l'assurée] est une droitrière qui se comporte comme une mono-manuelle du membre supérieur gauche. Néanmoins, si l'atteinte essentiellement proximale empêche toute activité nécessitant l'élévation du membre

supérieur droit plus de 40/50°, la fonction distale du membre supérieur droit est préservée. Pratiquement, on peut penser qu'elle est capable d'exercer toute activité utilisant le membre supérieur gauche chez une droitnière avec utilisation du membre supérieur droit comme appont, donc dans une activité légère, sans manipulation de charge autre que légère avec le [membre supérieur droit] ». Dans sa prise de position du 11 novembre 2013, le Dr T. _____, du SMR, a souligné qu'après une nouvelle intervention par cathétérisme cardiaque, la situation s'était améliorée et un rythme cardiaque compatible avec une bonne qualité de vie et une activité légère a été obtenu par la prise d'un traitement simple à doses standard faibles. Dès lors, tout en précisant que l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle moyennement lourde ou lourde demeurait, il a considéré que des investigations complémentaires au plans cardiologique et de la médecine interne (évolution de la maladie rhumatismale) n'étaient plus nécessaires. Au plan neurologique, il a conclu à une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur droit, avec une impossibilité de port de charges de ce côté. En conclusion, il a estimé que l'assurée ne pouvait certes plus reprendre son ancienne activité d'éducatrice spécialisée considérée comme lourde, mais qu'elle était apte à exercer une activité respectant ses limitations (activité utilisant le membre supérieur gauche chez une droitnière avec utilisation du membre supérieur droit comme appont, soit une activité légère sans manipulation de charge autre que légère avec le membre supérieur droit) à plein temps avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs chroniques induisant fatigue et lenteur dans les mouvements (dossier AI pce p. 288 à 290). Ont encore été produits: - Le certificat médical du 22 janvier 2014 du Dr V. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a attesté un suivi d'orthopédie (dossier AI pce p. 333). - Le certificat médical du 11 février 2014 du Dr W. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, qui a attesté un traitement d'antalgie (dossier AI pce p. 334). - Le certificat d'incapacité du 17 février 2014, le rapport médical non daté et la lettre à contenu médical du 25 mars 2014 de la Dresse X. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a retenu une douleur neuropathique et un syndrome dépressif majeur comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail et a émis un pronostic défavorable (dossier AI pces p. 325 à 332). - La lettre à contenu médical du 8 avril 2014 du Dr Q. _____, qui a constaté, nonobstant 3 ablations par cathéter des troubles du rythme, une 3ème récurrence de flutter auriculaire persistant depuis la mi-décembre 2013, qui n'a pas pu être contrôlée de manière satisfaisante avec le traitement médicamenteux. Il précise que sa patiente ne peut plus exercer son ancienne profession, puisqu'elle doit s'occuper d'enfants difficiles, avec de fréquents contacts physiques comme des portés (dossier AI pce p. 348). Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 Dans sa prise de position du 1er mai 2014, le Dr T. _____, du SMR, a considéré que la Dresse X. _____ n'avait apporté aucun nouvel élément médical et que le Dr Q. _____ avait signalé une problématique rythmogène susceptible de s'améliorer et n'empêchant pas la pratique sans diminution de rendement d'une activité corporellement légère (dossier AI pce p. 353). Dans sa décision du 27 mai 2014, l'OAI a ainsi retenu que l'assurée ne pouvait certes plus reprendre son activité en tant qu'éducatrice spécialisée auprès de C. _____, le travail avec des enfants handicapés ne respectant pas ses limitations, mais qu'elle pouvait exercer, à plein temps avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs chroniques induisant fatigue et lenteur, un autre emploi en qualité d'éducatrice spécialisée adapté à son état de santé (par ex. éducatrice spécialisée avec une autre population, telle que des jeunes en formation, dans des ateliers protégés et appartements protégés, dans des centres de jour ou en internat) (dossier AI pce

p. 356 à 359). L'attestation médicale du 21 mai 2014 de la Dresse I. _____ a encore été produite par l'assurée. La psychiatre a noté une péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée, laquelle présente depuis fin mars 2014 un état dépressif d'intensité sévère (F32.2). La psychiatre a observé une humeur triste, une diminution de l'intérêt et du plaisir, avec une fatigue prononcée et des problèmes de sommeil, ainsi que des idées morbides dans le contenu de la pensée et une quasi-impossibilité de se projeter dans l'avenir. Elle précise que ces symptômes ont récemment conduit à l'augmentation du traitement antidépresseur par Cipralax introduit en février 2014. Elle a conclu que l'état de santé psychique de sa patiente restait à ce jour instable et fragile (dossier AI pce p. 360 s.). Enfin, à l'appui de son recours, l'assurée a joint 5 pièces médicales: - La lettre à contenu médical du 17 juin 2014 de la Dresse Y. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésie/antalgie, qui a estimé que les douleurs, essentiellement neuropathiques dans leur caractère, étaient également très sévères et invalidantes. Fréquemment évaluées jusqu'à 10/10, elles perturbent le sommeil et épuisent la patiente physiquement et psychologiquement. Un traitement par infiltration de Kétamine est effectué et reçu favorablement, la douleur étant évaluée à 3/10 en fin de séance. - Le certificat du 17 juin 2014 de la Dresse X. _____, qui déclare sa patiente totalement incapable de travailler du 1er juillet au 30 septembre 2014. - L'attestation du 18 juin 2014 du Dr W. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, traitement interventionnel de la douleur et médecine d'urgence, qui a considéré que les douleurs et l'impotence fonctionnelle qu'elles provoquent au niveau du membre supérieur droit rendent la vie quotidienne de sa patiente difficile et la poursuite de son activité professionnelle impossible pour le moment. Le médecin a cependant estimé qu'il n'était pas en mesure d'évaluer sa capacité fonctionnelle. - L'attestation médicale du 20 juin 2014 de la Dresse I. _____, reprenant la teneur de celle du

E. 21

mai 2014. - La lettre à contenu médical du 25 juin 2014 de la Dresse X. _____, qui a fait état d'une aggravation depuis 3 mois de l'état de santé psychique de sa patiente et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a considéré que sa patiente, de par sa situation clinique sur le plan psychique et des effets indésirables des différents traitements antalgiques et psychotropes, ne serait plus apte à travailler comme éducatrice. Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 Le 9 avril 2015, l'autorité intimée transmet à la Cour de céans copie du courrier du 2 avril 2015 de l'assureur LAA, qui, se fondant sur l'avis médical du 25 mars 2015 du H. _____, a décidé de supprimer toute prestation au 30 avril 2015. Les Drs G. _____, E. _____ et J. _____, psychiatre-psychothérapeute, du H. _____, avaient constaté sur vidéo que l'assurée utilisait librement son bras droit, ont dès lors confirmé les conclusions de leur rapport d'expertise pluridisciplinaire et ont au surplus expressément exclu la nécessité d'une nouvelle expertise médicale. Le 29 mai 2015, la recourante a déposé 3 nouveaux rapports de 2015: - Le rapport du 29 avril 2015 du service d'ergothérapie du Z. _____, qui a constaté que l'assurée était relativement libre de ses mouvements et que l'allodynie mécanique statique régressait régulièrement selon ses deux axes, la surface et la sévérité. Après quatre mois, une rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente présumée responsable des douleurs neuropathiques spontanées pourra être entreprise. - Le rapport médical du 5 mai 2015 de la Dresse Y. _____, qui, sur la base d'un questionnaire douleur rempli par l'assurée, a confirmé la persistance de douleurs sévères. Elle a, par ailleurs, noté un épuisement physique et psychique de sa patiente. - Le rapport médical du 11 mai 2015 du Dr AA. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a exposé que la névralgie dont souffre l'assurée serait une

pathologie avérée, fortement invalidante, qui même si elle ne limite pas les mouvements provoque des douleurs au toucher. Le médecin a, en outre, précisé qu'il était important que sa patiente reste active dans sa vie sociale. En date du 5 novembre 2015, la recourante a encore déposé en cause l'attestation du 18 septembre 2015 de la Dresse K. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il ressort de cette attestation que l'assurée est entrée à la clinique de jour le 7 juillet 2015, en raison d'un épisode dépressif majeur. b) La recourante a soutenu que l'expertise pluridisciplinaire LAA n'avait pas vocation à fonder une décision de l'assurance-invalidité parce que son champ d'investigation était restreint aux questions d'assurance-accidents, avancé que l'autorité intimée devait diligenter une expertise propre incluant par ailleurs les plans de la médecine interne et de la cardiologie, ainsi que contesté la valeur probante de ladite expertise et de la prise de position du SMR subséquente. aa) La Cour de céans retient, tout d'abord, que les experts sollicités par l'assureur LAA ont procédé à un examen global et complet de l'assurée, sans restreindre leur champ d'investigation à la seule question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 septembre 2010 et les affections constatées chez l'assurée. En effet, la partie intitulée « situation actuelle et conclusions », lors même qu'elle contient des appréciations relatives audit lien de causalité, a clairement pour but de décrire le tableau clinique de l'assurée actuel, dans sa globalité, et d'en retirer une appréciation médicale générale. Par la force des choses, en déterminant l'état actuel de l'assurée, les experts ont également déterminé quels effets avait eu l'intervention du 4 août 2011, d'ailleurs mentionnée à réitérées reprises; ladite intervention a donc bien été prise en considération, contrairement au reproche formulé par la recourante. On note, au demeurant, que dans son appréciation médicale le neurologue a expressément retenu qu'une incapacité de travail devait être exclue « tant sur le plan traumatologique que maladif ». En outre, dans la seconde moitié de l'expertise les experts ont tout d'abord énuméré l'ensemble des diagnostics devant être posés (cf. expertise p. 19, diagnostics), puis spécifié lesquels étaient en lien de causalité avec Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 l'accident (cf. expertise p. 19 pt. 5.1) afin de clairement répondre aux questions posées par l'assureur LAA et, enfin, exposé quelles activités étaient à ce jour exigibles de l'assurée compte tenu de ses limitations (cf. expertise p. 20 pt. 7.2.4). Ainsi, hormis cette deuxième partie spécifique à l'assurance-accidents, l'expertise pluridisciplinaire LAA du H. _____ a manifestement vocation à fonder une décision de l'assurance-invalidité (cf. supra 3g). bb) En substance, l'expert orthopédiste a noté que la situation de l'épaule n'apparaissait de loin pas catastrophique à l'examen objectif et qu'il y avait peu d'explication mécanique aux plaintes. L'expert neurologue a, pour sa part, observé une bonne préservation de la tonicité musculaire des muscles scapulaires et du membre supérieur droit. Il a noté que les réflexes tendineux étaient présents et que le testing de la force musculaire ne démontrait pas de déficit moteur certain. Il a dès lors explicitement exclu toute incapacité de travail. L'expert psychiatre, enfin, a exclu toute affection psychique, hormis un éventuel trouble de l'adaptation consécutif à l'accident, en présence de facteurs étrangers, à savoir des difficultés dans le couple à gérer la situation post-traumatique. Il a, en particulier, expressément exclu l'existence d'un épisode dépressif selon la classification officielle. Il sied de relever, à cet égard, que la recourante, lors de son examen, a elle-même nié toute attitude morose et pessimiste face à l'avenir et, dans son recours et ses écritures successives, n'a jamais soutenu avoir été en incapacité de travailler pour des raisons psychiques avant l'aggravation constatée en mars 2014. En définitive, les examens objectifs effectués par les experts du H. _____ n'ont fait apparaître qu'une limitation à l'élévation au-delà de 50%

et au port de charge autre que légère au niveau du bras droit ainsi que l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle moyennement lourde ou lourde – à l'exemple de son activité habituelle –, à telle enseigne qu'une activité légère d'éducatrice spécialisée doit, en tous les cas, pouvoir être exigée de la recourante. L'expertise apparaît dès lors complète et convaincante dans son résultat (cf. arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Le Dr T. _____, du SMR, a, dans sa prise de position du 11 novembre 2013, fait siennes les conclusions des experts sollicités; toutefois, alors que ces derniers n'avaient pas retenu de diminution de rendement, le généraliste s'est montré plus large et a tout de même considéré que les douleurs ressenties pouvaient induire fatigue et lenteur dans les mouvements et ainsi occasionner une diminution de rendement de 20%. S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, il sied de relever encore qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier (cf. expertise p. 3 ss, 10 ss et 14 s.), qu'il prend également en considération les plaintes subjectives exprimées (cf. expertise p. 7 ss), qu'il se fonde sur des examens objectifs complets sur les trois plans concernés (cf. expertise p. 13 s.) et que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée ainsi que d'une discussion approfondie, après que les experts aient personnellement reçu et examiné la recourante. Enfin, l'appréciation médicale retenue est claire et univoque et les conclusions des experts sont dûment motivées (cf. expertise p. 15 à 21). Aussi ledit rapport satisfait-il entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. supra 3g). Il sied, par voie de conséquence, de lui accorder une pleine valeur probante. L'expertise en question satisfait également pleinement aux exigences de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. supra consid. 3c), dans la mesure où le psychiatre n'est pas parti de la présomption révolue que le trouble pouvait être surmonté par l'assurée mais a analysé Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 concrètement les symptômes présentés par la recourante et a procédé à un examen médical complet et approfondi. Par ailleurs, dans leurs conclusions (cf. expertise p. 20 pt. 6), les experts ont effectivement précisé que l'état final de la situation clinique n'était pas encore atteint, ainsi que l'a souligné la recourante, mais ils ont dans le même temps réservé une amélioration possible de son état de santé; cet argument ne lui est donc d'aucun secours. L'appréciation médicale du Dr M. _____ (cf. son rapport médical intermédiaire de septembre 2012) relative à la capacité de travail de sa patiente ne saurait raisonnablement être préférée aux conclusions de l'expertise: son rapport est par trop succinct et sa conclusion insuffisamment motivée; il sied, de surcroît, de tenir compte du fait que les médecins traitants, dans leur appréciation médicale, sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient, ce qui semble être ici le cas puisque ce médecin va jusqu'à se prononcer sur le droit aux prestations de son patient (cf. supra 3g). En conclusion, il convient, avec le SMR et l'autorité intimée, de retenir que l'assurée ne peut certes plus reprendre son ancienne activité d'éducatrice spécialisée, mais qu'elle était apte à exercer une activité respectant ses limitations (activité utilisant le membre supérieur gauche chez une droitnière avec utilisation du membre supérieur droit comme appoint, soit une activité légère sans manipulation de charge autre que légère avec le membre supérieur droit) à plein temps avec toutefois une diminution de rendement de 20%. Les constatations effectuées le 25 mars 2015 sur vidéo par les spécialistes du H. _____, ayant confirmé les conclusions de leur expertise et exclu la nécessité d'une nouvelle expertise, ne viennent que renforcer cette appréciation, voire pourraient remettre en question la diminution de rendement de 20% opérée par le Dr T. _____. cc) Certes, dans sa prise de position du 29 janvier 2013, le Dr T. _____, du SMR, avait requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire – psychiatrique,

cardiologique, orthopédique, neurologique et en médecine interne. Dans sa prise de position du 11 novembre 2013 après avoir pris connaissance du rapport d'expertise LAA, il a cependant noté qu'après une nouvelle intervention par cathétérisme cardiaque, la situation s'était améliorée et un rythme cardiaque compatible avec une bonne qualité de vie et une activité légère a été obtenu par la prise d'un traitement simple à doses standard faibles. Dès lors, tout en rappelant que l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle moyennement lourde ou lourde demeurerait, il a considéré que des investigations complémentaires au plans cardiologique et de la médecine interne (évolution de la maladie rhumatismale) n'étaient plus nécessaires. La prise de position du 11 novembre 2013 du SMR est un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI, qui ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. Ce rapport a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Il n'y a aucune raison de ne pas accorder foi à cette prise de position, qui est corroborée par les autres pièces médicales figurant au dossier, notamment par le rapport de consultation du 23 novembre 2012 du Dr Q. _____, la lettre à contenu médical du 6 mai 2013 du Dr U. _____, le rapport médical du 28 mai 2013 du Dr M. _____ et la lettre à contenu médical du 8 avril 2014 du Dr Q. _____. La recourante s'est d'ailleurs bornée à requérir une expertise complémentaire au plans cardiologique et de la médecine interne – selon toute vraisemblance uniquement parce que de telles investigations avaient initialement été demandées par le SMR –, mais n'a pas exposé en quoi l'appréciation du 11 novembre 2013 du Dr T. _____ serait erronée. Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 Force est ainsi de retenir que, sur les plans cardiologique et de médecine interne, une activité professionnelle légère demeure exigible de la recourante. c) Aussi les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont-elles permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise propre à l'assurance-invalidité ou à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire la recourante. La jurisprudence admet un tel procédé (cf. supra 3g). C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a reconnu à la recourante une pleine capacité de travail, tout au plus avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité de substitution adaptée dans la même branche professionnelle (éducatrice spécialisée avec une autre population, telle que des jeunes en formation, dans des ateliers protégés et appartements protégés, dans des centres de jour ou en internat). d) Le taux d'invalidité résultant de la diminution de rendement retenue doit encore être déterminé. Les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à une comparaison en pourcent (« Prozentvergleich ») entre les salaires de valide et d'invalides sont réalisées en l'espèce; en effet, l'assurée ne doit pas changer de branche professionnelle et dispose d'ores et déjà de la formation ainsi que des qualifications requises pour l'exercice de l'activité de substitution envisagée. La recourante présente ainsi un taux d'invalidité de 20% au maximum pour l'activité lucrative. Tout au plus pourrait-on encore tenir compte d'un abattement du revenu d'invalides, en raison du fait qu'elle est restreinte à la recherche d'activités légères dans sa branche professionnelle; cette réduction supplémentaire ne saurait toutefois dépasser un 10%, à telle enseigne qu'elle n'a pas vocation à modifier la solution du présent litige. e)

Dans un ultime moyen, la recourante a fait valoir que son état de santé se serait péjoré sur le plan psychique, postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire LAA et à l'enquête ménagère, de manière à influencer son taux d'invalidité pour l'activité lucrative et dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Elle s'est essentiellement appuyée sur l'attestation médicale du 21 mai 2014 – rédigée quelques jours avant la décision attaquée mais produite après sa notification – de la Dresse I. _____, qui a effectivement noté une péjoration de l'état de santé psychique depuis fin mars 2014 et conclu à l'existence d'un état dépressif d'intensité sévère (F32.2). Certes une péjoration de l'état de santé psychique semble intervenue fin mars 2014. Toutefois, ce fait n'est pas susceptible d'influer sur la solution du présent litige, dans la mesure où au jour de la décision attaquée la péjoration constatée n'était effective que depuis deux mois environ. Les conditions de l'art. 28 al. 1er LAI (cf. supra 3b) ne sont donc en tout cas pas remplies. Si l'état de santé psychique de la recourante devait s'être péjoré durablement, avec effet sur sa capacité de travail, il lui appartiendra de le faire valoir en déposant une nouvelle demande auprès de l'autorité intimée. f) Son invalidité globale est donc bien de 23.32% (16% pour l'activité lucrative [80% x 20%] + 7.32% dans l'accomplissement de ses travaux habituels [20% x 36.60%]), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 5. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 24 août 2016 /yho Président Greffière-stagiaire

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