

VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1148 vom 29. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__1148

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1148 du 29 juin 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1148 del 29 giugno 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.06.2010 Arrêt / 2010 / 1148

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 248/08 - 261/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 29 juin 2010

_____ Présidence de M. Jomini Juges : MM. Schmutz et
Jevean, assesseurs Greffier : Mme Vuagniaux ***** Cause pendante entre :
R. _____, à Prangins, recourante, représentée par Me Mauro Poggia, avocat à Genève,
et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

_____ Art. 4 et 28 LAI E n f a i t : A. R. _____, née le [...], a travaillé depuis 1997, à plein temps, en qualité d'employée de maison (nettoyages) au service de X. _____. Le 17 mars 2006, elle a déposé une demande de prestations (orientation professionnelle, reclassement ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI), faisant valoir qu'elle souffrait d'une atteinte à sa santé depuis le 25 janvier 2005, à la suite d'une chute sur du verglas. L'Office AI a instruit cette demande. B. En tant qu'employée de X. _____, R. _____ était assurée contre les accidents par B. _____. La prise en charge des prestations par l'assurance-accidents a donné lieu à une contestation et, finalement, à un arrêt du Tribunal fédéral du 25 août 2009 (8C_940/2008, 8C_942/2008) qui a constaté notamment les faits suivants : « Le 25 janvier 2005, [R. _____] a fait une chute sur du verglas. Deux jours plus tard, le 27 janvier, elle a consulté le docteur [...], qui a posé les diagnostics de contusion fermée du bras droit, ecchymose du genou gauche, contractures musculo-tendineuses cervico-scapulaires et tendinite d'insertion aux crêtes illiaques. Il a prescrit un traitement anti-inflammatoire. R. _____ a repris le travail le 3 février 2005. Le lendemain, elle a toutefois consulté le service des urgences de l'Hôpital [...] en raison de douleurs persistantes dans la région thoracique. Des radiographies lombaires ont été effectuées, qui ont permis de mettre en évidence une fracture-enfoncement du plateau supérieur de D12, sans lésion du mur postérieur, ainsi que des discopathies en L2-L4 et L4-L5. L'assurée est restée hospitalisée pour un traitement conservateur, du 4 au 11 février 2005 (rapport du 17 février 2005 des docteurs M. _____ et [...]). Entre-temps, le 7 février 2005, X. _____ avait annoncé l'accident subi par son employée à B. _____, en précisant que R. _____ présentait des contusions du genou gauche et du dos, et qu'elle était en incapacité de travail depuis le 26 janvier 2005. B. _____ a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières. Le docteur M. _____ a assuré le suivi médical de l'assurée après sa sortie d'hôpital. Il a régulièrement attesté une incapacité de travail totale. Lors d'un examen

clinique pratiqué le 27 avril 2005, R. _____ s'est plainte de douleurs à l'épaule droite à la mobilisation, notamment en abduction-rotation externe et interne. Dans un rapport du 27 juin 2005, le docteur M. _____ a posé le diagnostic de probable tendinopathie du tendon sus-épineux à droite, en ajoutant que la situation n'avait pas évolué depuis la consultation du 27 avril 2005. Il a demandé la réalisation de radiographies de l'épaule droite (arthro-IRM), par le docteur [...]. Sur la base de cet examen, ce dernier a posé le diagnostic de tendinopathie de grade III de la coiffe des rotateurs, atteignant le tendon du sus- et partiellement du sous-épineux, associant vraisemblablement des fissures partielles. Celles-ci prenaient probablement leur point de départ de la face profonde du tendon et restaient indissociables des foyers inflammatoires. Le docteur [...] a également constaté des anomalies de l'environnement de la coiffe des rotateurs (acromion de type III crochu avec bascule inféro-latérale), favorisant un conflit sous-acromio-deltaïdien (rapport du 27 juin 2005). A la demande de B. _____, le docteur L. _____, médecin-conseil de l'assurance-accidents, a examiné le dossier de l'assurée. Dans un rapport du 19 août 2005, il a exposé qu'au regard des radiographies à disposition, la fracture de D12 constatée lors de l'hospitalisation de l'assurée à [...] en février était probablement ancienne, l'accident du 25 janvier 2005 n'ayant vraisemblablement entraîné qu'une contusion. Compte tenu des troubles dégénératifs "limités à l'étage D11-12", de la pénibilité du travail exercé par l'assurée et d'un probable déconditionnement, il proposait de fixer le statu quo ante après un délai maximal de six à huit semaines après l'accident. Ce délai serait de trois à quatre mois si l'on admettait que la fracture de D12 était due à l'accident assuré. En ce qui concerne la symptomatologie de l'épaule droite, le docteur L. _____ a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec l'accident. En l'absence de symptômes douloureux documentés médicalement avant le 27 avril 2005, cette atteinte étai[en]t plus vraisemblablement due à une tendinopathie dégénérative de la coiffe. Par décision du 1^{er} septembre 2005, B. _____ a nié le droit à des prestations d'assurance avec effet rétroactif au 30 juin 2005. R. _____ s'est opposée à cette décision, en demandant la mise en oeuvre d'une expertise médicale. Pour sa part, le docteur M. _____ a écrit au docteur L. _____, le 5 septembre 2005, pour faire part de son étonnement à la suite du rapport du 19 août 2005. Il relevait notamment l'absence d'antécédent traumatique du rachis dorsal ou lombaire, qui pourrait expliquer une fracture "ancienne". En accord avec l'assurée, B. _____ a confié au docteur D. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 1^{er} novembre 2006, ce médecin a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, status après fracture-tassement du mur antérieur et latéral droit de D12, discarthrose D11-D12, ostéopénie et tendinopathie du sus- et du sous-épineux de l'épaule droite. Il a qualifié de possible le lien de causalité naturelle entre la fracture de D12 et les atteintes à l'épaule droite de l'assurée, d'une part, et l'accident du 12 janvier 2005, d'autre part. Il a exclu un tel lien de causalité entre l'accident et les autres atteintes à la santé diagnostiquées. En admettant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la fracture de D12 et l'accident, le statu quo sine était retrouvé après trois à quatre mois. Il s'agissait en effet d'une petite fracture qui n'intéressait pas le mur postérieur et ne provoquait pas de trouble statique important. Les douleurs persistantes étaient plutôt en relation de causalité avec la discopathie de D11-D12, préexistante. Quant à l'épaule droite, le statu quo sine avait été retrouvé quatre à six semaines après l'accident, en admettant que celui-ci n'avait entraîné qu'une contusion. Le docteur D. _____ a nié la persistance d'une atteinte à l'intégrité d'origine accidentelle. Par décision sur opposition du 14 août 2007, B. _____ a maintenu son refus d'allouer des prestations au-delà du 30 juin 2005. L'assurée a déféré la cause au

Tribunal des assurances du canton de Vaud. En cours de procédure, elle a notamment produit une expertise établie à sa demande par le docteur C. _____, le 30 juin 2008. Celui-ci a exposé que les discussions de ses confrères relatives à l'origine accidentelle ou non de la fracture-tassement de D12, pour intéressantes qu'elles fussent, ne permettaient pas de se déterminer de manière absolue sur ce point. Pour sa part, il considérait qu'un lien de causalité avec l'accident était l'hypothèse la plus vraisemblable. En ce qui concerne l'épaule droite de l'assurée, il a constaté que celle-ci présentait bien un conflit sous-acromial antérieur à l'accident, mais que cet accident avait déclenché les douleurs. Le docteur C. _____ considérait donc que le rapport de causalité entre les douleurs de l'épaule et l'accident était probable. Par jugement du 10 septembre 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a partiellement admis le recours. En substance, il a condamné l'assurance-accidents à prendre en charge le traitement médical et à verser des indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2005 [...] ». Le Tribunal fédéral a considéré, en droit, ce qui suit, étant précisé qu'aussi bien R. _____ que B. _____ avaient recouru contre le jugement du Tribunal des assurances : « 1-2 [...] 3. 3.1 Sur le fond, le litige porte sur le droit R. _____ à des prestations en nature (traitement médical) et en espèces (indemnités journalières) de B. _____ pour la période postérieure au 30 juin 2005. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les atteintes à la santé présentées par l'assurée, postérieurement à cette date, étaient encore dues à l'accident du 25 janvier 2005. 3.2 [...] 4. 4.1 Les premiers juges ont d'abord considéré que la lésion vertébrale en D12, constatée par les différents médecins consultés, était en relation de causalité naturelle avec l'accident. Ils ont ensuite ajouté "que pour une travailleuse de force alitée pendant dix jours, le déficit fonctionnel est de 30 %, déficit dont le délai de récupération est plus long, d'au moins deux mois. Tenant compte des deux pathologies dont est affectée la recourante et donc des deux récupérations en parallèle, un délai de huit à neuf mois pour retrouver le statu quo ante paraît raisonnable, ce qui reporte le terme de la prise en charge des prestations par la Caisse vaudoise au 30 septembre 2005". 4.2 B. _____ conteste que l'accident ait entraîné une fracture de la vertèbre D12. Elle rappelle, en outre, que d'après le docteur D. _____, si l'on admettait une relation de causalité naturelle entre la fracture vertébrale et l'accident, il faudrait considérer que le statu quo sine était atteint après trois à quatre mois, soit au plus tard le 25 mai 2005. Elle conteste, enfin, tout lien de causalité naturelle entre les lésions de l'épaule droite et l'accident assuré. Pour sa part, R. _____ se réfère au rapport du docteur C. _____, dont elle déduit qu'il subsiste un rapport de causalité entre l'accident assuré et la persistance de douleurs aussi bien au niveau du dos que de l'épaule droite, postérieurement au 30 septembre 2005. En rapport avec les lésions de l'épaule droite, elle se réfère par ailleurs à l'art. 9 al. 2 OLAA. 5. 5.1 Au terme d'une expertise probante, remplissant tous les critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352), le docteur D. _____ a proposé de nier l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident assuré et les lésions de l'épaule droite dont souffre l'assurée. Il a exposé de manière convaincante que cette épaule présentait, déjà avant l'accident d'importantes atteintes dégénératives; en outre, l'assurée s'était plainte, certes, de douleurs à l'épaule droite lors de la consultation du docteur [...], le 27 janvier 2005, mais n'avait par la suite plus fait part de telles douleurs jusqu'au 27 avril 2005. Dans son rapport du 19 août 2005, le docteur L. _____ s'était exprimé dans le même sens. 5.2 Le seul médecin à constater l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'accident du 25 janvier 2005 et les douleurs persistantes de l'épaule droite est le docteur C. _____. Ce dernier admet qu'un conflit sous-acromial osseux était déjà présent avant l'accident, mais qu'il était

asymptomatique; en outre, il s'était aggravé, après l'accident, d'une inflammation importante, voire d'une déchirure partielle. Cette argumentation repose largement sur un raisonnement de type "post hoc, ergo propter hoc", en principe insuffisant pour établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident assuré (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 340 ss; arrêt U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b, in RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.). L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. En l'occurrence, il n'y a pas d'autre circonstance sur laquelle s'appuyer pour corroborer cet indice et établir un tel lien de causalité. Surtout, l'assurée n'a décrit aucune douleur de l'épaule droite entre le 27 janvier 2005 (date de la consultation du docteur [...]) et le 27 avril suivant, soit un intervalle de trois mois sans symptômes douloureux documentés médicalement. Or, compte tenu du caractère relativement détaillé du rapport de sortie du 17 février 2005 de l'Hôpital [...], il faut considérer que si l'assurée avait décrit des douleurs pendant l'hospitalisation, celles-ci y figureraient. Le docteur M. _____ s'est par ailleurs montré particulièrement clair sur l'absence de plaintes relatives à l'épaule droite jusqu'au 27 avril 2005.

5.3 Compte tenu de ce qui précède, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 25 janvier 2005 et les douleurs exprimées par l'assurée dès le 27 avril 2005 ne peut pas être tenue pour établie. L'intervalle de trois mois sans que l'assurée expose à un médecin souffrir de douleurs de l'épaule droite, malgré plusieurs consultations et une hospitalisation, exclut également d'appliquer l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, en relation avec une éventuelle déchirure de la coiffe des rotateurs dont les symptômes auraient été déclenchés par la chute survenue en janvier 2005. L'assurée ne peut donc prétendre aucune des prestations d'assurances litigieuses en raison des atteintes dont elle souffre à l'épaule droite.

6. Les avis des médecins sont partagés sur le point de savoir si la fracture de la vertèbre D12 est en relation de causalité naturelle ou non avec l'accident du 25 janvier 2005. Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher cette question. En effet, même si l'on devait considérer, par hypothèse, que la fracture est d'origine accidentelle ou qu'elle constitue une lésion assimilée à un accident (art. 9 al. 2 let. a OLAA), il faudrait tenir pour établie l'évolution vers un statu quo sine au moment où l'assurance-accidents a mis fin aux prestations, le 30 juin 2005. En effet, les docteurs L. _____ et D. _____ ont tous deux attesté que la fracture vertébrale, à supposer qu'elle ait été causée par l'accident du 25 janvier 2005, était consolidée et que le statu quo sine avait été atteint trois à quatre mois après l'accident. Le docteur C. _____ n'a pas mis en cause cette constatation et a précisé que "le traitement de 3 à 4 mois est correct selon l'ordre des choses". Dans ces conditions, on cherche en vain au dossier, un autre document médical sur lequel les premiers juges se seraient fondés pour considérer que le statu quo ante (recte : statu quo sine) n'était établi que le 30 septembre 2005, ou qui justifierait un renvoi de la cause pour qu'une nouvelle expertise soit réalisée, comme le demande l'assurée à titre subsidiaire.

7. Vu ce qui précède, la juridiction cantonale a considéré à tort que les atteintes à la santé présentées par l'assurée postérieurement au 30 juin 2005 étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. B. _____ n'est donc pas tenue d'allouer des prestations pour la période postérieure à cette date. Elle voit son recours admis, alors que les conclusions de R. _____ sont intégralement rejetées [...] ». L'admission du recours de la Caisse vaudoise a entraîné l'annulation du jugement du 10 septembre 2008 du Tribunal des assurances (ch. 2 du dispositif). Il a donc été mis fin, avec l'arrêt du Tribunal fédéral, à la contestation en matière d'assurance-accidents. C. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI, l'Office AI a obtenu les rapports médicaux sur lesquels

l'assureur-accidents s'était fondé (cf. supra). L'Office AI a aussi demandé des rapports aux médecins traitants de l'assurée, notamment le Dr V. _____, généraliste, et la Dresse F. _____, spécialiste FMH en rhumatologie (rapport du 27 octobre 2006). Le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a rédigé, le 10 janvier 2007, l'avis médical suivant : « Début de l'incapacité de travail : 25/01/2005 Problèmes : accident par chute sur plaque de glace : fracture tassement de D12, lombalgies chroniques sur discarthrose D11-D12 et syndrome douloureux chronique, tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le Dr V. _____ qualifie l'observance thérapeutique de mauvaise et le Dr L. _____ conclut dans son expertise du 19/08/2005 que l'incapacité de travail secondaire à l'accident ne saurait s'étendre au-delà de 4 mois soit fin mai 2005. L'expertise du Dr D. _____ retient la date du 30/06/2005. Le Dr F. _____ estime en octobre 2006 que la capacité de travail dans la profession antérieure est de 50 %. Pour le Dr M. _____ juin 2005 une activité adaptée de type plutôt sédentaire et sans port de charge ni mouvement répétitif du membre supérieur droit serait adapté. Limitations fonctionnelles : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, activité plus tôt sédentaire avec possibilité d'alterner les positions assise et debout. Capacité de travail : 0 % du 25/01/2005 au 30/06/2005 • 50 % dans l'activité antérieure dès le 01/07/2005 • 100 % dans une activité adaptée depuis toujours ». Un « rapport initial et final » de la division administrative de l'Office AI du 13 juin 2007 donnait les indications suivantes : « 1.4 Observations complémentaires REA si nécessaire : Mme R. _____ dit avoir des douleurs continuellement. Elle prend des anti-douleurs plusieurs fois par jour. Elle ne peut pas rester debout sur place ou assise très longtemps. Elle peut faire des petits mouvements avec les bras et les mains, mais pas de mouvements amples, car son dos bloque. Par exemple, elle ne passe plus l'aspirateur, ne nettoie pas les vitres. Elle travaille de 7h à 9h30, puis rentre se reposer. Elle est en désaccord avec l'exigibilité de 100 % dans une activité adaptée, estimant faire le maximum actuellement. Elle n'imagine ni augmenter son taux de travail dans son activité actuelle ni changer d'activité. (...) 4.1 Attentes de l'assurée Prestations financières Activité(s) souhaitées par l'assurée : Mme R. _____ est volontaire, elle souhaiterait continuer à travailler à plein temps comme auparavant, mais elle n'y arrive pas en raison de ses douleurs dorsales. Elle estime que son état de santé s'aggrave toujours et ne lui permet pas d'accéder à une activité professionnelle à un taux plus élevé que ce qu'elle fait actuellement. Avis REA : Si elle avait collaboré, nous aurions mis en place un stage dans une activité industrielle légère, puis une aide au placement. Une qualification n'aurait pas été envisagée au vu de son manque de scolarisation et de connaissances de la langue française. Mme R. _____ n'admettant pas la capacité de travail de 100 % qui lui est reconnue, nous n'allons pas entrer en matière pour de telles prestations ». D. Le 3 mars 2008, l'Office AI a envoyé à R. _____ (par son avocat) un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. En effet, en comparant le salaire de valide de 58'899 fr. dans l'activité habituelle et celui d'invalidité de 44'790 fr. 55 dans une activité adaptée à plein temps et calculé en fonction des statistiques, il en résultait un degré d'invalidité de 24 %, inférieur au seuil de 40 % décisif pour le droit à une rente d'invalidité. L'administration a en outre indiqué que l'assurée avait rejeté les mesures professionnelles proposées, celle-ci s'estimant incapable de travailler à plus de 30 pour-cent. L'assurée n'a pas présenté d'objections dans le délai fixé. Le 14 avril 2008, l'Office AI a rendu une décision formelle dont le contenu correspondait au préavis du 3 mars précédent. E. Par l'intermédiaire de son conseil, Me Mauro Poggia, avocat à Genève, R. _____ a recouru contre la décision de l'Office AI du

14 avril 2008 par acte du 19 mai 2008, en concluant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'annulation de la décision litigieuse dans le sens d'un droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} février 2006, la cause étant renvoyée à l'administration pour le calcul de la rente. La recourante a produit un rapport d'expertise rédigé le 30 juin 2008, à sa demande, par le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui concluait à une incapacité de travail de 70 % au moins, sans amélioration prévisible; pour ce médecin, il paraissait illusoire de trouver un poste adapté avec les restrictions d'usage, compte tenu de la formation de l'intéressée. Dans ses déterminations du 7 juillet 2008, l'Office AI a proposé le rejet du recours. F. Dans le cadre de l'instruction, une expertise pluridisciplinaire – requise par la recourante – a été confiée à trois médecins rattachés au P. _____ (ci-après : CEMed), à savoir le Dr Q. _____, rhumatologue FMH, le Dr W. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et le Dr S. _____, chirurgien orthopédique FMH. Le rapport d'expertise du 27 octobre 2009 (après des examens réalisés les 28 mai, 4 juin et 6 août 2009), énonçait les conclusions et réponses aux questions suivantes : « 6. Synthèse et discussion Rappel de l'histoire médicale : L'histoire actuelle de Mme R. _____ commence en 2005 avec un accident. Un diagnostic de fracture de D12 avait été posé. Le traitement avait été conservateur. Depuis une symptomatologie douloureuse rachidienne a persisté. Une controverse a existé au sujet de l'âge de la fracture de D12. Ceci ne fait toutefois pas partie de la présente expertise. Peu de temps après l'accident de 2005, Mme R. _____ s'est plainte de douleurs de l'épaule droite. En novembre 2008 une opération a été pratiquée. Une déchirure du tendon sus-épineux a été réparée. L'évolution après cette opération est satisfaisante. En février 2009, Mme R. _____ a été blessée au niveau du genou droit. Un traitement conservateur a été couronné de succès. Alors qu'elle travaillait à 100 % avant l'accident à X. _____ comme femme de ménage, Mme R. _____ n'a jamais repris le travail qu'elle réalisait avant 2005. Actuellement elle a une activité professionnelle allégée avec un horaire réduit. Le sujet de cette expertise est l'évaluation des troubles de la santé sur le plan somatique et psychique qui pourraient être à l'origine de cette limitation de la capacité de travail. Situation actuelle : Sur le plan somatique (= rhumatologique et orthopédique) Mme R. _____ continue de se plaindre d'une symptomatologie douloureuse sur le plan rachidien. Cette symptomatologie douloureuse n'est pas bien définie et a un caractère variable. Sur le plan objectif nous n'avons pas constaté de limitation fonctionnelle importante. Sur le plan radiologique il existe une spondylose et une déformation modérée de la vertèbre D12. L'évolution après réparation de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite est favorable. Compte-tenu de cette pathologie particulière, une réduction des capacités fonctionnelles au niveau de cette épaule est acceptable. L'évolution après une entorse du genou droit en février 2009 est également favorable. Sur le plan psychique, Mme R. _____ ne présente actuellement aucun élément psychopathologique particulier. Au moment et suite à l'accident, l'effort médical s'est concentré sur les problèmes de dos, l'assurée a eu l'impression de ne pas être entendue dans ses plaintes et sa souffrance. Après insistance et changement de médecin, son problème d'épaule a été pris en considération et traité. Il y a eu dans cette période une certaine souffrance psychique, celle-ci s'est résorbée après quelques temps. Par la suite et jusqu'à ce jour, il n'y a plus eu de troubles dans la sphère psychique. L'assurée a repris une activité de 30 % à X. _____ et se dit toujours épanouie dans son travail. Son histoire professionnelle est sans particularité, notamment sans périodes de chômages. Sur le plan familial elle décrit une situation d'épanouissement, ses trois enfants ont réussi leurs vies d'adultes, elle-même s'est investie dans son rôle de grand-mère, la vie de couple est

harmonieuse et on note la présence d'un cercle d'amis et de copines. En résumé, rien ne permet de penser qu'il y ait un quelconque problème psychique. Synthèse et conclusions : Sur le plan somatique, nous observons une affection de la colonne vertébrale combinant une déformation de D12, une spondylose à prédominance dorsale, une probable ostéoporose. Une telle combinaison peut être à l'origine d'une symptomatologie douloureuse. Un tel dos ne doit pas être surchargé mécaniquement (port de charges importantes, postures asymétriques, postures en flexion du tronc). Toutefois, il doit être tout de même sollicité afin de prévenir une aggravation. Nous observons également une limitation fonctionnelle de l'épaule droite faisant suite à une réparation de la coiffe des rotateurs. Une telle situation est à l'origine d'un déficit de force au niveau du membre supérieur droit avec une limitation des possibilités de flexion et d'extension de l'épaule (solliciter la mobilité de l'épaule au-delà de l'horizontale n'est pas recommandé, surtout de manière répétitive. Il ne faut pas non plus porter des charges en porte à faux). Au niveau du genou droit nous observons un état de guérison clinique après fracture non déplacée du plateau tibial interne. En conclusion : Les troubles somatiques identifiés chez Mme R._____ contre-indiquent un travail de force. Ils sont par contre compatibles avec un travail léger sans port de charges et sans mouvements répétitifs de l'épaule droite au-delà du plan horizontal passant par le plan des épaules. Dans un tel travail léger nous ne retenons pas une limitation concernant la durée de l'horaire réalisable. Nous n'avons pas d'argument non plus pour retenir une réduction du rendement. Nous avons choisi ce mode d'analyse en partant des troubles objectifs, car Mme R._____ n'a pas pu nous expliquer par quel mécanisme sa capacité actuelle de 30 % avait été définie et par quel médecin. Sur le plan psychique, il n'y a actuellement pas de diagnostic psychiatrique à retenir. Il y a certainement eu dans la période 2005-2006 une dysthymie associée aux problèmes somatiques, mais sans impact important. La capacité de travail est complète sur le plan psychique, sans diminution de rendement. Commentaires concernant les diverses expertises médicales figurant au dossier 19.08.2005 : Dr L._____ : Rapport médical approfondi Le sujet de cet examen est celui de la causalité entre les troubles constatés et l'accident. L'orthopédiste indique que les conséquences de l'accident sont terminées au niveau du rachis et que les troubles de l'épaule droite ne sont pas en rapport avec celui-ci. Il ne se prononce pas au sujet de la capacité de travail. Comme ces problèmes de causalité ne font pas partie de la présente expertise, nous ne les commenterons pas. 01.11.2006 : Dr D._____ : Expertise médicale Il s'agit à nouveau d'une analyse de la causalité Comme le Dr L._____, le Dr D._____ se pose des questions en ce qui concerne l'aspect de la vertèbre D12. Les deux médecins ne sont pas du tout convaincus que l'aspect radiologique corresponde à une fracture récente. Nous partageons ce manque de conviction. Les suites de l'accident sont décrites comme terminées au plus tard le 01 07 2005. La capacité de travail n'est pas analysée. 30.06.2008 : Dr C._____ : Expertise médicale Ce confrère relève à plusieurs reprises les difficultés qui existent pour obtenir de Mme R._____ une description précise des troubles qui l'affectent. Il décrit un cortège de plaintes polyformes. Ensuite, il pose le diagnostic d'ancienne fracture de D12 et nous dit que pour préciser l'âge de cette fracture une scintigraphie aurait dû être faite. D'un point de vue purement formel nous sommes d'accord avec lui sur ce point. Il nous dit également que l'épaule droite de l'expertisée devrait être opérée, ce qui a été fait depuis avec un résultat satisfaisant selon l'opérée. Son évaluation de la capacité de travail n'est donc plus d'actualité. Nous relevons par ailleurs que cette évaluation prend en compte les troubles douloureux polyformes sans que leur étiologie soit discutée. Il n'y a pas non plus dans ce texte d'analyse concernant les

limitations fonctionnelles objectives. 7. Réponses aux questions A. Questions cliniques 1. Anamnèse Anamnèse professionnelle et sociale Evolution de la maladie et résultats des thérapies Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle Cf. ci-dessus. 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée Cf. ci-dessus. 3. Status clinique Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs) Résultats des tests avec la méthode utilisée Cf. ci-dessus. 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD- 10) 4. 1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Ancienne fracture de D12 - Spondylose dorsale - Déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite, réparée - Limitation fonctionnelle de l'épaule droite, après chirurgie de la coiffe Ces diagnostics sont présents depuis plusieurs années. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Diagnostics faits en février 2009 - Fracture du plateau tibial interne D - Déchirure du ménisque interne D - Surcharge pondérale. 5. Appréciation du cas et pronostic Cf. la discussion. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique La colonne vertébrale ne doit pas être chargée par une activité professionnelle. Il en va de même de l'épaule droite sur le plan de la charge. De plus une limitation existe sur l'amplitude articulaire, notamment au dessus de l'horizontale des épaules. Sur le plan psychique et mental Sur le plan social II n'y a pas de limitation. Les questions ci-dessous ne concernent que le somatique, il n'y a pas de trouble psychique invalidant. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Selon les renseignements fournis par Mme R. _____, l'activité professionnelle avant 2005 comprenait le port de charges, le déplacement de charges, le travail en hauteur. Ces activités particulières ne peuvent plus être exercées en raison des limitations présentes sur le plan somatique. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Une capacité de travail persiste si les activités décrites ci-dessus ne sont pas nécessaires à l'activité professionnelle. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Non. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? --- 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? 2005 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Le degré de capacité travail a évolué en fonction des traitements réalisés, il était par exemple nul plusieurs mois après l'opération de novembre 2008. Il était également nul pendant plusieurs mois après la fracture du plateau tibial interne à droite en février 2009. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Il n'y a pas de troubles psychiques. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants - la possibilité de s'habituer à un rythme de travail - l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social - la mobilisation des ressources existantes Si non, pour quelles raisons ? Oui, en tenant compte des limitations. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Non 2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ? Oui. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? L'activité professionnelle ne doit pas comprendre le port de charges importantes, les mouvements de flexion-extension répétitifs

de la colonne vertébrale, les mouvements nécessitant de la force du le membre supérieur droit, les mouvements du membre supérieur droit demandant une flexion et une abduction complète. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ? Il n'y a pas de limitation en ce qui concerne l'horaire réalisable dans une activité adaptée 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ? Non en ce qui concerne une activité adaptée ». Dans ses déterminations sur l'expertise du 1^{er} février 2010, la recourante a reproché en substance aux médecins experts de n'avoir donné aucune réponse concrète. Dès lors, selon elle, rien ne permettait d'affirmer qu'elle pourrait réaliser un salaire supérieur à son salaire actuel, pour une activité à 30 pour-cent. De son côté, l'Office AI a exposé, le 20 janvier 2010, que les conclusions du P. _____ ne modifiaient pas de façon significative ses précédentes conclusions : la recourante devait pouvoir exercer à plein temps une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, et ce avant l'échéance du délai de carence d'une année à partir de l'accident du 25 janvier 2005. Ces déterminations étaient accompagnées d'un avis médical du SMR du 15 janvier 2010, qui résumait l'expertise sans présenter aucune critique. E n d r o i t : 1. Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. 3. Dans son recours, l'assurée fait valoir que la question litigieuse consiste à déterminer si elle doit ou non être mise au bénéfice d'une rente AI. Elle reproche à l'Office AI de n'avoir pas ordonné d'expertise médicale aux fins d'établir le degré d'incapacité de travail. Elle relève que les seuls médecins qui se sont prononcés à ce propos ont préconisé une reprise du travail à 30 %, après l'accident. Dans le cadre de la procédure LAA, les experts n'ont pas donné d'avis sur sa capacité de travail. a) Il ressort de l'argumentation de la recourante qu'elle ne conteste pas le refus des autres prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles en particulier), car seul l'octroi d'une rente est litigieux. b) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité

de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré 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. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 261 consid. 4, TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). Au vu de la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), 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 ces 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_204/2007 du 16 avril 2008, consid. 2.3). c) La recourante affirme, sans développer plus avant ses allégations, que les médecins experts du P._____ rendent des avis qui seraient dans une « concordance quasi systématique » avec ceux des médecins du SMR. La recourante se borne toutefois à donner ainsi son opinion – ou celle de son avocat – au sujet de ce centre d'expertises. Cela étant, elle ne critique pas les trois médecins experts, du point de vue de leurs qualifications académiques ou professionnelles, et elle ne prétend pas que l'expertise pluridisciplinaire n'aurait pas été réalisée selon les règles de l'art. Aucun élément ne permet du reste de mettre en doute la validité du travail des trois experts et de leur rapport, au regard des critères de la jurisprudence sur la valeur probante des expertises judiciaires (cf. en particulier ATF 125 V 351). d) Sur le fond, la recourante ne conteste pas les diagnostics posés par les experts, ni les limitations fonctionnelles qui en découlent. Le rapport d'expertise indique que les troubles somatiques sont compatibles avec un travail léger sans port de charges importantes, sans mouvements nécessitant, pour le membre supérieur droit, de la force ou une flexion ou une abduction complète (notamment pas de mouvements répétitifs de l'épaule droite au-delà du plan horizontal passant par le plan des épaules), et sans mouvements de flexion-extension répétitifs de la colonne vertébrale. Il n'y a pas de limitation concernant la durée de l'horaire réalisable ni réduction du rendement. La recourante reproche en revanche aux experts de n'avoir pas donné de réponse concrète, à savoir des précisions quant au type d'activité qu'elle pourrait exercer. Elle conteste qu'il existe, sur le marché du travail, une activité qu'elle pourrait exercer à 100 % avec les limitations précitées. S'agissant de l'examen de la mesure dans laquelle un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, la jurisprudence retient ce qui suit (cf. notamment TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2 et les références). On ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle. En l'espèce, il résulte clairement du dossier que l'activité exigible, pour l'Office AI, est une activité industrielle légère. Les limitations fonctionnelles ne sont pas telles qu'elles excluraient l'exercice d'une telle activité. Il n'y a pas lieu de décrire plus précisément quelles activités légères peuvent être exercées, dans le secteur privé ou le cas échéant dans l'administration, ni d'examiner concrètement les possibilités offertes à la recourante. Les constatations des experts, à propos des limitations fonctionnelles et des activités exigibles, sont suffisantes et l'Office AI pouvait retenir, sans donner d'autres indications, que des possibilités de gain existaient dans une profession à temps complet, sans diminution de rendement. e) Pour le reste, la recourante ne critique pas véritablement la méthode ni les éléments pris en compte pour la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA. Elle relève que le taux d'abattement appliqué est de 10 % uniquement; elle ne prétend toutefois pas que l'Office AI aurait fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation à ce sujet (ATF 125 V 351 consid. 3a). f) Il résulte de ce qui précède que l'Office AI n'a pas violé le droit fédéral en retenant que la recourante pouvait, après l'accident, exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles; cette appréciation de l'état de santé de la recourante est corroborée par les résultats de l'expertise judiciaire. Il a également retenu à bon droit que le degré d'invalidité était inférieur au seuil de 40 % prévu pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Les griefs de la recourante sont donc entièrement mal fondés. 4. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 5. Les frais de justice sont arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 14 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de la recourante R._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Mauro Poggia, avocat (pour R._____) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ■ Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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