

# VD\_GERICHTE ZD10.002837 vom 19. Oktober 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-10-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.002837](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.002837)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.002837 du 19 octobre 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.002837 del 19 ottobre 2011

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 26/10 - 474/2011 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES  
Arrêt du 19 octobre 2011

Présidence de Mme THALMANN Juges : Mme Di Ferro et M. Perdrix, assesseur Greffière : Mme Donoso Moreta \*\*\*\*\* Cause pendante entre : X. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jacques-Henri Bron, avocat à Lausanne et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé \_\_\_\_\_ Art. 7 al. 1, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 29 janvier 1965, de nationalité suisse, a été engagée le 15 juin 2004 en qualité d'employée d'administration à temps complet pour le compte de l'Y. \_\_\_\_\_. Le 26 février 2005, l'assurée a glissé sur de la neige en marchant avec un bébé dans les bras et a chuté sur l'épaule gauche. Elle s'est retrouvée en incapacité de travail dès cette date. Le 27 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant souffrir d'une capsulite rétractile et de dépression. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a disposé des rapports de plusieurs médecins ayant examiné l'assurée, notamment dans le cadre de la procédure concernant les prestations de l'assurance- accident. Le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de P. \_\_\_\_\_, l'assureur-accident de X. \_\_\_\_\_, a examiné l'assurée le 18 novembre 2005. Il résulte de son rapport du même jour notamment ce qui suit: « APPRECIATION DU CAS Suite à une contusion de l'épaule gauche, cette patiente a développé une capsulite rétractile, peut-être dans le cadre d'un syndrome algo-neuro-dystrophique. L'image clinique actuelle n'est pas mauvaise, avec des troubles trophiques musculaires modestes. La perte de mobilité de l'épaule gauche est modérée. Les mouvements extrêmes restent passablement douloureux. La coiffe des rotateurs est en continuité. Les troubles subjectifs de l'extrémité (disesthésies) rentreraient peut-être dans le cadre dystrophique. Toutefois, objectivement, pas de signes évidents d'un syndrome Sudeckoïde (hyperthermie, hypersudation, etc.) pour cette extrémité. Le status neurologique est normal. La force de préhension est proche de la norme (pour un membre non dominant).

- 3 - En l'absence d'une complication intercurrente, et sur le plan purement médical, en tenant compte du travail de secrétariat, certes par moments difficile dans le cadre d'une capsulite d'épaule, une reprise du travail pourrait être re-tentée, par paliers, permettant le ré-entraînement progressif. Je propose une capacité de 33■% pour le 15 décembre 2005, puis de 50-66■% un mois plus tard, en espérant une pleine capacité au plus tard en mars 2006. Mme X. \_\_\_\_\_ va poursuivre sa physiothérapie et son traitement médicamenteux. Conjointement, des séances de piscine (au titre d'auto-entraînement) sont conseillées. J'ai indiqué à la patiente certains gestes à faire à domicile, soit seule, soit à l'aide d'un élastique,

afin qu'elle puisse se rendre compte, sur une base journalière, des progrès possibles. Une appréciation ergonomique du lieu de travail me paraît utile. » Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, mandaté par l'assureur-accident pour effectuer une expertise, a posé dans son rapport du 17 mai 2006 les diagnostics de status après contusion de l'épaule gauche et de capsulite rétractile de l'épaule gauche associée à une probable maladie de Sudeck en décours. Il a précisé qu'il faudra attendre plusieurs mois avant que l'assurée retrouve une mobilité complète de son épaule. S'agissant de la capacité de travail, l'expert mentionne ce qui suit : « 8. Capacité de travail. Elle a bénéficié d'un arrêt de travail à 100% à partir du 26 février 2005. Le 12 septembre 2005, elle a travaillé à 50% pour être arrêtée à 100% à partir du 30 septembre. Madame X. \_\_\_\_\_ a recommencé à travailler à 25% comme employée de bureau à partir du 1er mars 2006. La Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin cantonal adjoint, a écrit le 3 mai 2006 que l'assurée pourra reprendre à 50% fin mai début juin 2006 et un mois après la reprise sera proche contractuelle. Après avoir examiné l'assurée, nous considérons qu'elle est actuellement apte à travailler à 100% dans son métier habituel. Rappelons qu'elle est droitnière, que son travail est sédentaire et la mobilité de son épaule gauche est largement suffisante pour accomplir son métier, malgré la présence des douleurs. En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée depuis décembre 2005, je pense qu'elle aurait pu travailler à temps partiel, comme le Dr Z. \_\_\_\_\_ l'avait déterminé dans son rapport, si elle avait fait un effort de volonté, nécessaire pour surmonter les difficultés dues à la présence des douleurs. 9. En tenant compte des seules suites de cet accident.

- 4 - Le travail habituel de cette assurée est parfaitement adapté. Je ne vois aucune autre activité professionnelle mieux adaptée que celle d'employée de bureau. » Il indique en outre qu'un traitement de physiothérapie est encore nécessaire pour améliorer la mobilité de l'épaule gauche de l'assurée. La durée de ce traitement est impossible à déterminer avec précision. Les capsulites rétractiles peuvent durer plusieurs mois, voire des années, la mobilisation active assistée et passive de l'épaule en piscine étant des mesures utiles et reconnues. Il estime que, malgré que le cas ne soit pas encore stabilisé, l'assurée devrait normalement pouvoir récupérer une mobilité complète de son épaule droite, et que le pronostic est favorable à moyen terme. A son avis, d'autres mesures ou investigations ne sont pas indiquées. Dans un complément du 13 juillet 2006, l'expert a mentionné ce qui suit : « 1. En ce qui concerne la capacité de travail de votre assurée dans la page n° 3 de mon expertise datée du 17 mai 2006, j'avais écrit les avis des différents médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail et l'exigibilité chez votre assurée. Dans le point n° 8 page 7 de mon expertise j'ai pu exprimer mon opinion. Cette appréciation a été prise après avoir examiné en détail votre assurée et tous les documents la concernant. J'ai apprécié le niveau des charges qu'elle pourrait rencontrer dans son travail et les limitations fonctionnelles. Rappelons que votre assurée travaille comme secrétaire, elle est droitnière et son problème est localisé au niveau de son épaule gauche. Alors après avoir examiné votre assurée le 17 mai 2006, j'étais convaincu qu'elle était apte à travailler à 100% dans son métier habituel. Elle n'avait aucun déficit fonctionnel qui puisse la limiter dans son activité professionnelle habituelle. Le fait d'exprimer des douleurs ne limite pas l'exigibilité. Après avoir pris connaissance des opinions de mes collègues qui se sont exprimés dans ce cas, mon appréciation est basée sur l'examen minutieux de l'état de santé de votre assurée. 2. Vous posez la question si l'environnement socioprofessionnel ou familial de l'assurée influencerait-il la reprise de travail? Je n'ai pas remarqué ce type d'influence dans ce cas. Il s'agit à mon avis plutôt d'avoir ou pas la volonté de faire l'effort nécessaire pour surmonter

les difficultés liées à la douleur dont votre assurée dit souffrir. 3. Vous posez la question de savoir combien de séances de physiothérapie sont nécessaires par semaine dans ce cas? Habituellement un rythme de deux séances de physiothérapie par semaine est suffisant pour soigner ce type de problème. L'assurée

- 5 - doit faire par elle même aussi des exercices de mobilisation active de son épaule gauche. » Par décision sur opposition du 5 octobre 2006, l'assureur- accident a mis fin au droit de l'assurée aux indemnités journalières dès le 1er mars 2006. Il a notamment considéré que, au vu de l'évolution objective des troubles concernant les seules suites de cet événement, la capacité de travail de l'assurée pouvait être portée à un taux partiel de 33% du 15 décembre 2005 au 14 janvier 2006, puis à un taux entre 50% et 66% un mois plus tard, pour finalement être augmentée graduellement jusqu'à 100% dès le 1er mars 2006. Dans un rapport médical du 27 décembre 2006 établi à l'intention de l'OAI, la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de capsulose rétractile de l'épaule gauche post-traumatisme par choc direct, de fibromyalgie secondaire et d'état anxieux et probables troubles de la personnalité. Ce médecin estimait que l'incapacité de travail de sa patiente avait évolué comme suit : 100% de février 2005 au 11 septembre 2005; 50% du 12 au 29 septembre 2005; 100% du 30 septembre au 15 décembre 2005; 75% du 16 décembre 2005 au 31 mars 2006; 50% du 1er avril au 12 décembre 2006; 40% du 12 décembre 2006 à probablement mars 2007; 0% par la suite. Par ailleurs, la Dresse V. \_\_\_\_\_ notait que l'état de santé de l'assurée s'améliorait sur le plan algique et fonctionnel, mais que cette dernière présentait également des troubles psychologiques qui représentaient vraisemblablement des facteurs d'entretien de sa problématique ostéo-articulaire, raison pour laquelle il fallait considérer que le délai normal de récupération d'une capsulose rétractile (normalement de 2 ans après le traumatisme) pouvait se rallonger de quelques mois. Ce médecin concluait en affirmant que la pathologie psychiatrique de sa patiente devait évidemment être prise en

- 6 - considération pour évaluer son pronostic à moyen et long terme, raison pour laquelle un examen psychiatrique ou un rapport détaillé de la part de son psychiatre traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, était nécessaire. En date du 27 décembre 2006, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait parvenir un rapport médical à l'OAI. Il mentionne les diagnostics suivants : - Personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31); - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10); - Myopie surrécourcée (H52.1); - Capsulite rétractile de l'épaule gauche (M.75.0); - Fibromyalgie (M79.0). Il estime que l'incapacité de travail de sa patiente était de 100% du 28 février 2005 au 28 février 2006, de 75% du 1er mars au 31 mai 2006, de 50% du 1er juin au 31 octobre 2006 et de 40% dès 1er novembre 2006, pour une durée indéterminée. Le Dr F. \_\_\_\_\_ émet également les considérations suivantes : « A. Traitement du 7 décembre 1998 au : en cours B. Dernier examen le 18 décembre 2006 C. Anamnèse Cette patiente présente, de longue date, des troubles du sommeil récalcitrants à tout traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique avec des troubles de l'humeur épisodiques. En janvier 2005, cette patiente a fait une chute qui a entraîné par la suite une capsulite rétractile de l'épaule gauche. L'évolution de cette atteinte a été très lente et a entraîné une incapacité de travail de longue durée. Cette incapacité de travail a engendré un conflit de travail majeur et la patiente n'a plus été à même de reprendre son activité professionnelle lorsque cela serait devenu enfin possible. De plus durant cette incapacité de travail, la patiente a été opérée des yeux pour une correction de myopie et l'opération a entraîné une

sur-correction. Ainsi la patiente a de grandes difficultés avec le travail de longue durée à l'écran. Enfin, à fin novembre 2005, le père de la patiente est décédé subitement dans des conditions particulièrement douloureuses. L'ensemble de ces événements conduit à une incapacité de travail de longue durée et la patiente s'est vue dans l'obligation de présenter une demande de prestations à votre Office. D. Plaintes subjectives

- 7 - La patiente se plaint de ses problèmes ophtalmologiques, des douleurs de son épaule gauche (qui vont en diminuant progressivement), des difficultés qu'elle rencontre dans ses différents postes de travail au sein de l'Etat de Vaud et de l'instabilité de son emploi. Elle se plaint de troubles du sommeil avec fatigue diurne, d'une humeur triste et d'une perte de l'élan vital. E. Constatations objectives Comme je l'ai mentionné dans l'anamnèse succincte, une succession d'événements "traumatiques" a profondément déstabilisé cette patiente. Une chute sur du verglas le 26 février 2005 entraîne une capsulite rétractile qui évolue dans un premier temps de manière défavorable. Néanmoins, il faut signaler qu'après sa chute, la patiente a repris son activité professionnelle pendant trois jours, malgré des douleurs intenses de l'épaule gauche. L'incapacité de travail qui lui a été reconnue par la suite n'a pas été appréciée de sa supérieure hiérarchique et un conflit de confiance a éclaté. Ce conflit a ensuite dégénéré et la patiente considère qu'il ne lui est plus possible de retourner travailler à son ancien poste de travail. Enfin, un conflit assécurologique est venu couronner le tout! Un deuxième événement vient déstabiliser la patiente : elle se fait opérer des yeux pour sa myopie et l'intervention ne permet pas d'obtenir les résultats escomptés. Dès lors, la patiente a de la peine à travailler de longues heures à l'écran en raison de troubles de la vision. Ces troubles de la vision entraînent également une fatigue. Enfin, le père de la patiente décède en novembre 2005 dans des circonstances dramatiques. Divorcé depuis de longues années, cet homme n'avait que peu de contacts avec ses deux filles. Quelques mois avant son décès, il s'était remarié avec une femme marocaine. Les deux filles avaient été prévenues quelques jours avant son décès par un ami du père, que ce dernier allait mal et était vraisemblablement maltraité par sa jeune épouse. Les deux filles n'ont pas eu le temps de s'occuper de leur père avant qu'il ne décède dans des circonstances pour le moins étranges. Ce décès a donc bouleversé la patiente et l'a profondément attristée. Cette patiente présente donc plusieurs pathologies indépendantes les unes des autres mais qui, cumulées, représentent une source de fatigue et d'épuisement. D'autre part, cette patiente présente de longue date des troubles du sommeil qu'une médication psychotrope parvient difficilement à juguler. Ces troubles du sommeil sont vraisemblablement dus à une angoisse primaire, de type borderline, et à un état de tension constant. L'ensemble de ces pathologies ont conduit maintenant à une incapacité de travail de longue durée. Actuellement, l'état de santé de la patiente s'améliore progressivement, et la patiente recouvre pas-à-pas une capacité de travail. Mais la prudence reste de mise dans le pronostic que je peux faire. F. Examens médicaux spécialisés

- 8 - Mis à part l'investigation et le traitement psychiatriques, je n'ai pratiqué aucun autre examen spécialisé. G. Thérapie / Pronostic Comme je l'ai mentionné sous lettre E, la prise est de mise pour tout pronostic. La situation de cette patiente devrait être réévaluée dans six à dix mois. » Le 1er mars 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a fait parvenir un rapport médical à l'OAI. Il y mentionne, comme unique diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, des douleurs à l'épaule gauche dues à une capsulite rétractile. Parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, il mentionne notamment ce qui suit : "de mon point de vue, les éléments en

particulier psychiatriques, chroniques bien que indiscutables, ne me semblent pas contribuer de manière prépondérante à l'incapacité déterminée depuis le 28.02.05". Sous la rubrique "anamnèse", il fait état de trois plaintes par rapport au travail, soit des douleurs de l'épaule gauche (associées à des paresthésies des doigts et des mains, des douleurs dans le bras gauche, une barre dans le dos et des contractures du trapèze gauche), un problème de vue (un œil voit double et l'assurée semble souffrir de spasmes accommodatifs en raison d'une mauvaise correction de l'accommodation) et l'angoisse à l'idée de recommencer à travailler dans un service de l'Etat. Par ailleurs, le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne ce qui suit sous la rubrique "plaintes subjectives" : « Evoquée par le Dr F. \_\_\_\_\_ son médecin psychiatre, j'ai vécu de près la situation du décès de son père, connaissant par ailleurs plusieurs membres de sa famille. Je ne suis pas sûr que ces éléments sous-tendus par des hypothèses psychiatriques, bien que le contexte psychiatrique de l'assurée soit vulnérable, aient pu à ce point affecter l'humeur de l'assurée au point de la rendre inapte à son travail. Par contre, il est à noter les circonstances tout à fait particulières de la chute du 26 février, puisqu'à ce moment-là, elle porte un bébé (l'enfant de sa sœur) dans ses bras, glisse sur la neige en marchant et préfère instinctivement garder l'enfant contre elle plutôt que d'avoir le réflexe de se rattraper et tombe de sa hauteur sur son épaule sans avoir pu se retenir. L'assurée évoque une grande angoisse d'avoir risqué de blesser l'enfant voire pire et révèle des cauchemars concernant cette chute précise. Il n'est pas impossible qu'en plus de l'affection de l'épaule une situation de stress post-

- 9 - traumatique particulière liée aux aspects inhabituels de la chute ait pu amplifier le phénomène de récupération en plus des lésions et de la douleur de son épaule gauche. Depuis son accident de février 2005, j'ai eu l'occasion de la revoir en août 2005 où je n'ai pas constaté d'état dépressif significatif, si ce n'est des soucis d'ordre gynécologique en raison d'une infection locale avec récurrence fin août. L'examen général fin août était par ailleurs normal et je me suis posé la question suite aux révélations chroniques de cauchemars nocturnes présents depuis l'enfance et de la fatigue chronique qu'elle met souvent en avant de l'intérêt d'un examen de type polysomnographique pour préciser l'importance d'éventuelles parasomnies sur la qualité du sommeil. Elle mettait en avant en été et automne 2005 des inquiétudes concernant une perte de poids qu'elle évaluait à 7 kg en 6 mois mais qu'objectivement je n'ai pas pu confirmer, le poids étant de 55 kg en novembre 2004 mais également en août 2005. En mars 2006, elle me décrit une fatigue importante avec une hypersomnolence en raison du nombre d'heures de sommeil effectives lors d'un épisode de 17 heures de sommeil consécutives... » Dans un rapport médical du 14 août 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin associé à l'Hôpital ophtalmique D. \_\_\_\_\_, mentionne un status après chirurgie réfractive pour une myopie forte. L'assurée a en effet bénéficié d'un Lasik bilatéral le 18 juillet 2005 et d'un retraitement de son œil droit le 2 avril 2007. L'activité professionnelle exercée jusqu'alors était déclarée encore exigible sans diminution de rendement, le status étant stabilisé. Se référant au rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2005 et à ceux du Dr Q. \_\_\_\_\_ des 17 mai et 13 juillet 2006, le Dr S. \_\_\_\_\_ du Service Médical régional de l'AI (ci-après : SMR) considère, dans un rapport d'examen du 5 novembre 2007, que la seule atteinte à la santé invalidante dont souffre l'assurée est une capsulite rétractile de son épaule gauche. Le début de son incapacité de travail est fixé au 26 février 2005, date de son accident, et sa capacité de travail exigible dans son activité habituelle est de 33% dès le 15 décembre 2005, de 66% dès le 15 janvier 2006 et de 100% dès le 1er mars 2006, sans aucune limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle dès décembre 2005, ni dans toute autre activité à

terme. Il est également renvoyé aux rapports des Drs F.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ pour des diagnostics associés qui ne sont pas du ressort de l'AI.

- 10 - Le 17 juin 2009, l'OAI a fait parvenir un projet de décision à l'assurée, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Il y est mentionné notamment ce qui suit: « Résultat de nos constatations : Après étude de votre dossier, il ressort que médicalement vous avez présenté différentes incapacités de travail depuis le 26 février 2005. Suite à l'avis de notre Service médical ainsi que des rapports médicaux en notre possession, votre capacité de travail et de gain est entière depuis mars 2006 dans vos activités habituelles. Les taux et les périodes de capacité de travail sont les suivantes: - 33% du 15.12.2005 au 15.01.2006 - 66% du 15.01.2006 au 01.03.2006 - 100% dès le 1er mars 2006. A l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès février 2006, votre capacité de travail étant de 66%, le droit à une rente AI n'est pas ouvert. » Le 14 août 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposée au projet susmentionné. Elle a fait valoir que les constatations médicales de l'OAI étaient lacunaires, car elles ne tenaient pas compte de la composante psychique dans l'évaluation de sa capacité de travail, alors que cet aspect avait été attesté à plusieurs reprises, par la Dresse V.\_\_\_\_\_ et par le Dr F.\_\_\_\_\_. L'assurée a également affirmé que ses taux d'incapacité de travail étaient les suivants : - 100% du 15 décembre 2005 au 28 février 2006; - 75% du 1er au 31 mars 2006; - 50% du 1er avril au 12 décembre 2006 et - 40% dès le 12 décembre 2006. Le 4 septembre 2009, l'assurée a écrit à l'OAI que son taux d'incapacité de 75% s'étendait en fait du 1er mars au 31 mai 2006, selon le Dr F.\_\_\_\_\_, et qu'elle avait connu un arrêt de travail complet pour maladie du 8 au 18 juin 2006.

- 11 - Dans un avis médical du 18 septembre 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a déclaré maintenir ses conclusions, indiquant ce qui suit : « Selon le rapport du 27.12.2006 du Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, cette dernière présente sur le plan psychiatrique les affections suivantes : - une personnalité émotionnellement labile type borderline : hormis le fait qu'on ne trouve aucun élément corroborant ce diagnostic, il convient de rappeler que les troubles de la personnalité sont constitués par définition (CIM-10 : F60) depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Or, en l'occurrence, ce trouble n'a pas empêché cette assurée de travailler à plein temps jusqu'en 2005, soit jusqu'à l'âge de 40 ans. On peut donc nier un caractère incapacitant à cette affection. - Une trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique : aucun élément dans la description de l'anamnèse, des plaintes subjectives, des constatations objectives, des examens spécialisés et de la thérapie/pronostic ne permet de retenir un épisode dépressif moyen, les critères d'une classification internationale reconnue n'étant pas remplis. Par ailleurs le caractère récurrent du trouble dépressif (qui se définit par au moins un épisode dépressif antérieur, séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur (CIM-10 : F33) n'est pas non plus établi. - Des troubles du sommeil présents de longue date : ils n'ont pas empêché l'assurée de travailler jusqu'à l'accident et ne peuvent par conséquent pas être considérés comme source d'empêchement durable d'exercer son activité. Pour le Dr F.\_\_\_\_\_, c'est la capsulite rétractile qui est "la principale cause de l'incapacité de travail actuelle". L'assurée "ne peut travailler plus de cinq heures sur un clavier sans exacerber ses douleurs de l'épaule." L'incapacité de travail de 40% dès le 01.11.2006 attestée par le Dr F.\_\_\_\_\_ correspond donc bien à l'incapacité "somatique". Enfin, pour ce psychiatre, l'état de santé de l'assurée s'améliorait (en décembre 2006). En conclusion, il n'y a pas de raison psychiatrique pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée. L'incapacité attestée par le psychiatre est

motivée par l'atteinte somatique, qui sort de son domaine de compétence. » Par décision du 8 décembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs que ceux figurant dans son projet du 17 juin 2009. B. Le 26 janvier 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a recouru contre la décision du 8 décembre 2009. Elle conclut,

- 12 - avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité totale du 1er février 2006 au 31 mai 2006, puis d'une demi-rente du 1er juin 2006 au 31 octobre 2006 et enfin d'un quart de rente dès le 1er novembre 2006. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, au motif que les diagnostics de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux, tels qu'attestés par les Drs V. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, imposent une telle expertise, qui manque au dossier. Par réponse du 31 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le 28 avril 2010, la recourante a maintenu ses conclusions et requis formellement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et la production en mains de la Caisse M. \_\_\_\_\_ du dossier médical de la recourante. Le 25 mai 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions et a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire. C. Le 10 août 2010, la Caisse M. \_\_\_\_\_ a produit le dossier qui lui avait été demandé le 8 juillet 2010. Il ressort notamment de celui-ci que, dans le cadre de l'instruction du dossier de prévoyance professionnelle, le médecin cantonal adjoint, la Dresse B. \_\_\_\_\_, a écrit le 9 avril 2008 à la Caisse M. \_\_\_\_\_ qu'elle estimait justifié d'accorder à l'assurée une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 40%, les diagnostics étant les suivants : « - personnalité émotionnellement labile, type borderline; - trouble dépressif récurrent; - myopie; - capsulite rétractile de l'épaule gauche en décours; - fibromyalgie. »

- 13 - Après avoir pris connaissance de ces pièces, l'OAI a confirmé ses conclusions. La recourante, quant à elle, se référant principalement à l'avis de la Dresse B. \_\_\_\_\_, a maintenu l'intégralité de ses conclusions, par courrier du 30 septembre 2010. Le dossier de l'assureur-accidents et l'arrêt rendu le 7 avril 2010 par la Cour de céans ont été versés au dossier. Les parties se sont déterminées sur ceux-ci. Dans cet arrêt, la Cour a rejeté le recours de X. \_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition rendue le 5 octobre 2006 par P. \_\_\_\_\_. La Cour a notamment considéré que l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ avait valeur probante et a retenu ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique. Sur le plan psychique, la Cour a constaté l'absence de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés par la recourante. E n d r o i t : 1. Interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes de l'art. 38 al. 4 let. c LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGa); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGa), de sorte qu'il est recevable en la forme. La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Le litige porte sur le droit de X. \_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité. La recourante affirme avoir droit à une rente entière du 1er

- 14 - février 2006 au 31 mai 2006, puis à une demi-rente du 1er juin 2006 au 31 octobre 2006, basée sur un taux d'invalidité de 50%, et enfin à un quart de rente dès le 1er novembre

2006, basée sur un taux d'invalidité de 40%. L'office intimé soutient quant à lui que, au mois de février 2006, soit à l'échéance du délai de carence, la capacité de travail de la recourante était de 66%, ce qui ne lui ouvre aucun droit à une rente. b) Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329, consid. 2.2 et 2.3 ; 130 V 445 ; 127 V 466, consid. 1 ; TF 9C\_852/2009 du 28 juin 2010, consid. 5). Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard notamment des modifications de la LAI consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. 3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

- 15 - 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, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008 (anciennement art. 28 al. 1 LAI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 4. a) Pour pouvoir se prononcer sur l'éventuelle existence et le degré d'une invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points

- 16 - 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 conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). b) En l'occurrence, sur le plan somatique, le 18 novembre 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé qu'en l'absence de complication intercurrente et en tenant compte du travail de secrétariat certes par moments difficile dans le cadre d'une capsulite d'épaule, une reprise du travail pouvait être tentée par paliers, permettant le réentraînement progressif. Ce médecin a dès lors estimé la capacité de travail à 33% au 15 décembre 2005, puis à 50 à 66% un mois plus tard, prévoyant une pleine capacité de travail au plus tard en mars 2006. Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'assureur-accidents, il s'est rallié dans son rapport d'expertise du 17 mai 2006 aux conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_. Ce praticien a apprécié le type de charges que la recourante pourrait rencontrer dans son travail et ses limitations fonctionnelles, tenant compte du fait qu'elle travaille comme secrétaire et qu'elle est droitrière alors que son problème est localisé au niveau de son épaule gauche. Dès lors qu'elle n'avait aucun déficit fonctionnel pouvant la limiter dans son activité professionnelle habituelle, il s'est déclaré convaincu qu'elle était apte à

- 17 - travailler à 100% dans cette activité. Certes la Dresse V.\_\_\_\_\_ arrive à une autre appréciation de la capacité de travail de la recourante et de son évolution, toutefois, dans son appréciation, elle ne se fonde pas uniquement sur l'état somatique mais prend en compte des éléments psychologiques. Ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique ne peuvent dès lors être suivies. Quant aux problèmes ophtalmiques dont fait état la recourante, le Dr T.\_\_\_\_\_ estime que ces troubles sont stabilisés et n'ont aucune influence sur la capacité de travail de celle-ci ou sur son rendement. En conséquence, il y a lieu de retenir que sur le plan somatique, hormis le diagnostic de fibromyalgie, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle au plus tard le 1er mars 2006. c) Sur le plan psychiatrique, dans son rapport du 27 décembre 2006, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état anxieux et de probables troubles de la personnalité. Elle a en outre diagnostiqué une fibromyalgie secondaire. Ces pathologies pouvant rallonger de quelques mois le délai normal de récupération d'une capsulose rétractile, elle est d'avis qu'elles doivent être prises en considération pour évaluer le pronostic de guérison à moyen et à long terme. Ce médecin estime toutefois qu'un examen psychiatrique ou un rapport détaillé de la part du psychiatre traitant de la recourante, le Dr F.\_\_\_\_\_, est nécessaire. Ce dernier a fait parvenir un rapport médical le 27 décembre 2006 à l'OAI, dans lequel il atteste une personnalité émotionnellement labile, de type borderline, un trouble dépressif récurrent, d'épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, ainsi qu'une fibromyalgie. Ces diagnostics sont d'ailleurs identiques à ceux retenus par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 avril 2008. Concernant l'incapacité de travail de la recourante, le Dr F.\_\_\_\_\_ l'évalue à 100% du 28 février

2005 au 28 février 2006, à 75% du 1er mars au 31 mai 2006, à 50% du 1er juin au 31 octobre 2006 et à 40% dès le 1er novembre 2006, pour une durée indéterminée. Quant au Dr

- 18 - C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, il est d'avis que l'élément psychiatrique est indiscutable, bien qu'il ne lui semble pas contribuer de manière prépondérante à l'incapacité de travail de la recourante. Dans son avis médical du 18 septembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ affirme qu'il n'existe aucune affection psychiatrique pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée, au motif que le Dr F. \_\_\_\_\_ ne mentionne aucun élément corroborant ses diagnostics. Certes, le rapport médical de ce spécialiste est bref et insuffisamment motivé et ne répond pas aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, raison pour laquelle ses conclusions ne peuvent être retenues par la Cour de céans. Mais tel n'est pas non plus le cas des conclusions contraires du Dr C. \_\_\_\_\_, qui n'est par ailleurs pas spécialiste en psychiatrie, ni de celles du Dr L. \_\_\_\_\_, qui ne se base sur aucun examen clinique de la recourante, ni sur aucune autre expertise psychiatrique, pour nier l'existence de toute affection psychique invalidante. Force est donc de constater que l'on ignore si la recourante souffre effectivement d'une pathologie psychiatrique ou d'une fibromyalgie qui aurait des répercussions sur sa capacité de travail. L'instruction médicale s'avère donc incomplète, ce qui ne permet pas à la Cour de céans de statuer en l'état du dossier. d) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur social pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF I 327/2006 du 17 avril 2007, consid. 5.1; RAMA 1993 U 170, p. 136, consid. 4a). En l'espèce, il convient de se rallier aux conclusions subsidiaires de la recourante et renvoyer la cause à l'OAI, afin qu'il ordonne une expertise psychiatrique de la recourante.

- 19 - 5. a) En conclusion, il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt. b) La recourante, qui obtient gain de cause, a procédé avec l'assistance d'un conseil professionnel. Des dépens doivent donc lui être alloués, en application de l'art. 61 let. g LPGA. Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'500 francs. c) Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis.

- 20 - II. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants. III. L'OAI versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jacques-Henri Bron, avocat (pour X. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être

déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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