

VD_GERICHTE ZD15.019437 vom 9. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.019437

FR: VD_GERICHTE ZD15.019437 du 9 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.019437 del 9 novembre 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 128/15 - 306/2017 ZD15.019437 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 9 novembre 2017 _____ Composition : Mme BERBERAT,
présidente MM. Gutmann et Berthoud, assesseurs Greffière : Mme Simonin ***** Cause
pendante entre : Q. _____, à [...], recourante, et I. _____, à Vevey, intimé.
_____ Art. 6, 7, 8 LPGA, 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962,
travaillait depuis le 16 juin 1993 comme aide-pâtissière à 100% auprès de B. _____
(ci-après : l'employeur), à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents
professionnels auprès de L. _____ (ci-après : L. _____ ou l'assureur-accidents). Le
26 mai 2011, elle a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'elle se trouvait à
l'arrière du magasin pour laver des ustensiles, elle a reçu une porte se fermant de haut en
bas sur le bras gauche qu'elle avait mis brusquement sur sa tête pour se protéger (cf.
déclaration de sinistre LAA du 2 août 2011 et rapport médical du 14 août 2011 du Dr
N. _____, spécialiste en rhumatologie). Après cet évènement, elle a repris le travail. Par
certificat médical du 23 juin 2011, le Dr N. _____ a attesté que l'état de santé de
l'assurée nécessitait un arrêt de travail de 100% dès le 24 juin 2011, la reprise du travail
étant prévue pour le 4 juillet 2011. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de
l'épaule gauche a été effectuée le 18 juillet 2011 par le Dr G. _____, radiologue. Il a
conclu à une rupture large du tendon sus-épineux, une tendinopathie des autres tendons de
la coiffe et un remaniement acromio-claviculaire. Dans le rapport médical initial du 14 août
2011 à L. _____, le Dr N. _____ a indiqué que selon la patiente, lors de l'évènement
du 26 mai 2011, il y avait eu immédiatement un craquement dans l'épaule gauche avec une
impotence fonctionnelle de ce bras. Il a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs
de l'épaule gauche et une rupture large du sus-épineux gauche, confirmée à l'IRM du 18
juillet 2011. Il a exposé qu'après l'échec du traitement conservateur (infiltration
sous-acromiale), la patiente a été adressée au Dr X. _____, spécialiste en chirurgie

- 3 - orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Centre hospitalier
Z. _____ (ci-après : Z. _____), afin d'examiner si une opération curative (suture du
sus-épineux) était possible. Le Dr N. _____ a attesté la poursuite de l'incapacité de
travail de 100% pour une durée indéterminée. Le 17 octobre 2011, l'assurée a été opérée par
le Dr X. _____ qui a pratiqué une réparation du sus-épineux, une ténodèse du long
biceps, une acromioplastie et une résection claviculaire distale gauche (cf. protocole
opératoire du 17 octobre 2011). Par la suite, il a prescrit des séances de physiothérapie (cf.
prescription du 14 décembre 2011). Le 14 décembre 2011, B. _____ a transmis à
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) un formulaire de
détection précoce au sujet de l'assurée, indiquant que celle-ci était en incapacité de travail

de 100% depuis le 1er août 2011. Lors de l'entretien de détection précoce du 23 janvier 2012, l'OAI a noté que l'activité de l'assurée consistait à élaborer des pâtisseries sur une chaîne de production, qu'elle avait une position debout statique de trois à quatre heures d'affilée et qu'elle portait des charges de 7 à 8 kg. Le port de charge était ressenti comme difficile par l'assurée. Par formulaire du 8 février 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. Par communication du 27 février 2012, l'OAI lui a octroyé une mesure d'orientation professionnelle. Dans un rapport médical du 7 mars 2012 à l'OAI, le Dr X. _____ a indiqué que l'assurée était encore en rééducation post-opératoire, ses douleurs étant en régression, la force étant bonne. La reprise du travail à 50% était prévue le 12 mars 2012, sans port de charges de plus de 5 kg et l'augmentation de la capacité de travail serait réévaluée six semaines plus tard.

- 4 - Dans une note de suivi du 13 mars 2012 (entretien téléphonique de l'OAI avec notamment l'assurée et le Dr C. _____, médecin traitant), l'OAI a noté que l'assurée avait repris le travail, qu'elle avait tenu tant bien que mal la matinée, mais que sa main était devenue bleue et enflée. Elle était alors retournée chez son médecin traitant qui l'avait remise en incapacité de travail de 100% du 13 au 21 mars 2012. Le Dr C. _____ était d'avis que la reprise du travail était prématurée et avait demandé une évaluation au Dr [...], spécialiste en rhumatologie. Pour le surplus, il y aurait lieu de réévaluer la situation le 21 mars, et examiner si une reprise du travail thérapeutique de 2h par jour pendant deux semaines était possible. Dans un formulaire du 13 mars 2012, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% comme aide-pâtissière. Par rapport du 16 mars 2012 au Dr C. _____, le Dr P. _____ a notamment exposé ce qui suit : « (...) Elle évoque depuis cette intervention, une aggravation des douleurs à l'épaule droite, incriminant le fait qu'elle dorme exclusivement sur ce côté en raison des douleurs de l'épaule gauche, symptomatologie ayant tendance à faire tache d'huile à l'hémicorps droit pour intéresser la partie tronculaire droite jusqu'au bas du dos, se compliquant d'une irradiation douloureuse intéressant le membre inférieur droit dans sa globalité, s'accompagnant de troubles neurovégétatifs localisés ressentis comme une chaleur pour ce qui est de la jambe droite. Elle a été examinée le 12 mars 2012 par le Dr [...], cardiologue, dans le cadre de ses douleurs thoraciques atypiques, ce dernier a pu écarter une origine cardiaque aux symptômes. Mme Q. _____ fait donc état de douleurs de l'épaule droite mais plutôt hémicorporelle de ce côté, s'accompagnant d'une altération douloureuse de la mobilité de son épaule gauche active mais majorée passivement avec l'aide de l'examineur dans le cadre d'une chirurgie réparatrice de la coiffe des rotateurs et du biceps s'accompagnant d'une résection claviculaire distale gauche le 13 octobre 2011. Au-delà de l'épaule gauche, l'examen clinique est relativement rassurant, en discordance avec l'importance des allégations douloureuses hémicorporelles droites annoncées par la patiente qui restent évocatrices d'un éventuel syndrome douloureux en installation ou d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur. Les radiographies tant cervicales que lombaires sont normales.

- 5 - Cette symptomatologie s'inscrit dans une constellation assécurologique et professionnelle puisque l'Al semble impliquée dans la démarche de reprise d'activité professionnelle de votre patiente, chez un employeur mettant une certaine pression quant à la reprise, ce dernier selon les dires de la patiente ne jouant pas forcément le jeu d'une reprise dans une activité adaptée puisque la patiente est retournée au secteur pâtisserie, activité imposant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, des ports de

charges conséquents et aussi des travaux en hauteur, dépassant l'horizontal. Pour ma part, je préconise la poursuite des médicaments antalgiques et des séances de physiothérapie dans un but décontractant, de renforcement musculaire et de mobilisation, s'y associant la prise d'antalgiques à la demande. Du point de vue professionnel, le cas semble relativement complexe et devrait à mon sens décider d'une éventuelle expertise, me positionnant pour ma part pour une activité professionnelle épargnant les travaux répétitifs impliquant le membre supérieur gauche/les ports de charges répétés au-delà de 5kg, moins fréquents au-delà de 10kg et les travaux au-delà de l'horizontal avec le membre supérieur gauche ». Lors d'un entretien téléphonique avec l'assurée le 18 avril 2012, celle-ci a informé l'OAI qu'elle avait eu un rendez-vous avec le Dr X. _____, selon lequel il convenait d'envisager une reconversion professionnelle, car son état de santé ne lui permettait pas de continuer son activité habituelle. Dans un rapport médical du 16 mai 2012 à l'OAI, le Dr N. _____ a expliqué qu'il y avait une importante limitation douloureuse à l'épaule gauche et que la patiente continuait la physiothérapie en piscine. Elle ne devait pas fournir d'efforts au-dessus de l'horizontal. Il a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 18 avril 2012 pour une durée indéterminée, en raison d'une aggravation de la situation (limitation de la mobilité et douleurs). L'on ne pouvait pas s'attendre à la reprise de l'activité antérieure, une activité adaptée - sans efforts avec le bras gauche au-dessus de l'horizontal et avec alternance de positions - devant être trouvée. Dans un rapport du 1er juillet 2012 à l'OAI, le Dr C. _____ a indiqué que sa patiente souffrait d'une affection « ortho-traumato- rhumato ». Selon ce médecin, l'exercice de l'activité antérieure n'était pas possible, celle-ci étant très contraignante. Il renvoyait aux avis du Dr N. _____ et du Dr P. _____ quant à l'exigibilité d'une activité adaptée

- 6 - aux limitations fonctionnelles. La reprise du travail avait provoqué une « dégradation rapide de l'état de santé de l'assurée, en particulier du point de vue ortho/traumatologique ». Le Dr C. _____ demandait qu'une rente AI de 100% soit allouée à l'assurée, « à moins que son employeur qui a bénéficié pendant plus de 20 ans des services sans rechigner de la patiente ne lui propose une activité adaptée à sa situation physique actuelle ». Le Dr C. _____ a de plus fourni avec son envoi à l'OAI plusieurs rapports médicaux émanant de spécialistes, dont : - un rapport du 1er juin 2011 du Dr [...], spécialiste en neurologie, indiquant que l'examen neurologique était normal et qu'il n'y avait pas de signe en faveur d'une récurrence de syndrome de tunnel carpien bilatéral, qui avait été opéré auparavant. Pour le Dr [...], le tableau était plutôt dominé par une périarthrite scapulo-humérale gauche. - un rapport du 12 mars 2012 du Dr K. _____, spécialiste en cardiologie qui a diagnostiqué des douleurs thoraciques atypiques, d'origine non cardiaque, de l'hypertension artérielle et un excès pondéral avec BMI de 37. Il n'y avait pas d'évidence pour une maladie coronarienne. - un rapport du 1er juin 2012 du Dr P. _____, lequel avait revu l'assurée à cette date et exposait ce qui suit : « Alors que la symptomatologie des épaules pour laquelle je l'avais examinée au mois de mars est restée similaire, la patiente rapporte avoir développé récemment des douleurs paralombaires droites se prolongeant à la fesse et au membre inférieur droit, signalant des sentiments de coups de couteau au niveau du mollet, douleurs constantes, diurnes comme nocturnes, aggravées à la marche et surtout en fin de journée en fonction de son état de fatigue. (...) Appréciation du cas Mme Q. _____ présente donc une acutisation des douleurs de lombalgies droites compliquées d'une sciatgie de ce côté dans le cadre d'une discopathie L4-L5 connue depuis 2007, médiane paramédiane bilatérale à prédominance droite pouvant irriter la racine L5 de ce côté. L'exacerbation de ses douleurs restant vraisemblablement liée à cette problématique

lombaire sans que je n'aie toutefois de signe d'appel alliant syndrome irritatif ou trouble neuroradiculaire des membres justifiant la pratique d'une nouvelle IRM tentant à me démontrer d'une aggravation de la problématique discale, je me suis autorisé à

- 7 - pratiquer une infiltration intramusculaire de cortisone complétée par la prescription de Co-Dafalgan et de Lodine retard 600 mg dont je vous laisse apprécier l'efficacité à votre consultation de contrôle. Si les symptômes perduraient, la patiente pourrait être adressée auprès du service d'antalgie de la Clinique [...] afin qu'elle puisse bénéficier d'un geste interventionnel rachidien type infiltration péri-durale, situation que je réserverai toutefois dans le cadre d'une constellation d'autres problèmes ostéo-articulaires et une certaine atteinte fonctionnelle comme je l'ai déjà exprimé dans mon dernier courrier du mois de mars 2012 ». Lors d'un entretien téléphonique du 2 juillet 2012, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait eu un rendez-vous avec le service des ressources humaines de B._____. Il en ressortait qu'aucun poste respectant ses limitations fonctionnelles ne pouvait lui être proposé. Le 18 juillet 2012, L._____ a transmis à l'OAI les rapports médicaux qu'elle a reçus après le 2 mars 2012. Dans un rapport du 6 juin 2012, le Dr N._____ exposait qu'il y avait eu une aggravation des douleurs à la suite de la reprise du travail à 50% par l'assurée le 12 mars 2012, avec limitation douloureuse à l'épaule et la main gauche enflée. Il s'agissait d'une algodystrophie ou « frozen shoulder » post-traumatique. Pour le surplus, il confirmait les limitations fonctionnelles indiquées dans son rapport du 16 mai 2012 à l'OAI, précisant que la limite de port de charge était de 5 kg et que la capacité de travail dans l'ancienne activité était de 0% pour une durée indéterminée. Par communication du 31 juillet 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce en la forme d'un cours de formation auprès de [...] à [...] du 23 juillet au 22 octobre 2012. Lors d'un entretien téléphonique du 22 août 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle devait refaire une IRM de l'épaule le 23 août 2012 et que le Dr N._____ lui avait prescrit du repos. Par certificat médical du 22 août 2012, ce dernier médecin a attesté une incapacité totale de travail de l'intéressée du 22 août au 26 septembre 2012.

- 8 - Dans le rapport d'IRM du 23 août 2012 au Dr N._____, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à une forte suspicion de récurrence de déchirure du tendon du muscle sus-épineux, associée à une progression de l'atrophie du corps musculaire sus-épineux. Il a également conclu à un probable status après ténotomie du long chef du biceps et altérations de signal des fibres supérieures des tendons des muscles sous-scapulaires et sous-épineux. Lors d'un nouvel entretien téléphonique du 28 août 2012, l'assurée a indiqué à l'OAI que l'employeur lui avait signifié son licenciement pour le 30 novembre 2012. De plus, la nouvelle IRM montrait une déchirure, que le Dr N._____ devrait réévaluer. Le 19 septembre 2012, le Dr N._____ a informé l'OAI qu'il ne voyait aucune contre-indication à la reprise de la mesure d'intervention précoce. Lors d'un entretien téléphonique du même jour, l'assurée a pour sa part indiqué à l'OAI qu'elle se sentait prête à reprendre la mesure à [...], et qu'elle avait rendez-vous avec le Dr X._____ le 10 octobre 2012 afin d'évaluer s'il fallait opérer de nouveau son épaule. Le 26 septembre 2012, le Dr N._____ a attesté une incapacité de travail de 100% de l'assurée du 26 septembre au 7 novembre 2012. Le 18 octobre 2012, le Dr C._____ a attesté une incapacité de l'assurée à suivre les cours auprès de [...], pour raisons médicales. Lors d'un entretien téléphonique du 29 octobre 2012, l'assurée a expliqué à l'OAI que selon le Dr X._____, la déchirure était tellement importante qu'une nouvelle intervention n'était pas possible car la prothèse pourrait ne pas tenir et que les seuls traitements envisageables étaient des ultra-sons, de la

physiothérapie, de la mobilisation et des médicaments. Elle a de plus indiqué à l'OAI qu'elle avait commencé un suivi psychiatrique auprès du Dr S._____. Par communication du 30 octobre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, car la situation médicale n'était pas stabilisée.

- 9 - Dans un rapport du 31 octobre 2012 au Dr N._____, le Dr X._____ a diagnostiqué une lésion de la partie antérieure du sus-épineux gauche et status après réparation d'une lésion étendue du sus-épineux en octobre 2011. Selon le Dr X._____, il y avait peu de changement depuis le mois de septembre. La flexion et l'abduction active étaient limitées à 90° en raison des douleurs. Il a de plus posé les conclusions suivantes : « La partie antérieure du sus-épineux n'a pas cicatrisé, vraisemblablement en raison d'un tendon déjà très dégénératif. Dans ce contexte, étant donné la qualité tissulaire précaire, les chances de cicatrisation d'une seconde tentative de suture du sus-épineux sont très faibles et je n'ai par conséquent pas retenu d'indication à une reprise chirurgicale. Compte tenu de son âge, la patiente n'est pas non plus une candidate à une chirurgie prothétique avec implants inversés. Actuellement, la solution la plus adaptée paraît le reclassement professionnel car il est peu probable que Mme Q._____ puisse reprendre son activité à la B._____, en raison des efforts répétés avec les bras au-dessus du niveau de l'horizontale ». Par certificats médicaux successifs des 7 et 28 novembre 2012, le Dr N._____ a attesté l'incapacité de travail de 100% de l'assurée du 7 au 30 novembre 2012, puis jusqu'au 31 décembre 2012. Dans un rapport de synthèse du 18 décembre 2012, La Fondation [...] a expliqué ce qui suit : « La mesure bilan a débuté en juillet 2012. Cependant, nous avons rapidement été confronté à la fragilité de Mme [...]. En attente d'une éventuelle opération, toute activité s'avérait impossible pour Mme [...]. Très touchée par sa situation professionnelle, il lui était difficile d'imaginer toute perspective de futur. Par ailleurs, Mme Q._____ ayant averti qu'elle serait absente durant l'été pendant plus d'un mois, le bilan a été suspendu et repris au début du mois d'octobre. Mme Q._____ s'est présentée aux entretiens planifiés au mois d'octobre. Cependant, elle vivait sa situation comme très pénible. Sa fragilité d'humeur ainsi que son émotion étaient constantes. Elle exprimait ses douleurs et angoisses rendant difficile toute investigation professionnelle. En effet, sous médication, l'assurée parlait d'effets physiques que cette dernière lui provoquait, d'un état de fatigue extrême et de grandes difficultés à dormir. N'arrivant pas encore à se projeter dans le futur, elle n'envisageait aucune activité comme réalisable. De plus, Mme Q._____ était focalisée sur la date butoir d'une éventuelle opération approchant et à l'esprit empêchant tout autre travail d'investigation. Aussi, le bilan ainsi que l'inventaire des compétences n'avaient aucun sens pour elle, ne comprenant ni sa place, ni son utilité actuellement. Nous avons alors été rapidement limité dans notre action aussi bien au niveau de l'inventaire de compétences que de la recherche de nouvelles pistes.

- 10 - De surcroît, une forte incompréhension et de lourdes confusions ont été constatées dans les propos de Mme Q._____. Une interprétation quant au questionnement classique effectué lors de l'inventaire de compétences et de la procédure du bilan (par ex. types d'activités professionnelles passées, intérêts, préférences, etc.) a fortement perturbé Mme Q._____. Nous nous sommes donc questionné sur la pertinence d'un bilan en l'état. Après deux entretiens et sur présentation d'un certificat médical par Mme Q._____, la mesure bilan a été arrêtée d'entente avec la conseillère AI ». Par certificat médical du 1er janvier 2013, le Dr N._____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail de l'assurée

du 30 décembre 2012 au 6 février 2013. En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr X._____ a indiqué le 4 janvier 2013 que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ménageant son bras était vraisemblablement de 100%. Il a précisé ce qui suit s'agissant de ses limitations fonctionnelles : « ne pourra vraisemblablement pas exercer d'activité répétitive avec le membre supérieur gauche et déplacer des charges de plus de 5 kg. La flexion et l'abduction sont limitées à 90° par les douleurs ». Le 8 janvier 2013, L._____ a confié au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la réalisation d'une expertise. Celui-ci a rendu son rapport le 21 janvier 2013, après avoir examiné l'assurée le 15 janvier précédent. Le Dr F._____ a diagnostiqué un status après réparation par réinsertion du sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale de l'épaule gauche, ainsi qu'une rupture itérative du tendon du sus-épineux, conflit résiduel sous-acromial au niveau de l'épaule gauche. Il a expliqué que même s'il était évident que l'évènement du 26 mai 2011 était survenu sur une épaule qui présentait déjà des phénomènes dégénératifs (sclérose du trochiter, conflit sous-acromial, légère atrophie musculaire et les infiltrations graisseuses visibles sur l'IRM du 18 juillet 2011, signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et présence d'un remaniement dégénératif acromio-claviculaire), il était clair aussi que cet évènement avait déclenché la symptomatologie douloureuse et une déchirure du tendon du sus-épineux, et donc une aggravation

- 11 - durable d'un état préexistant, de sorte que le lien de causalité était plus que probable. Il a expliqué que le traitement chirurgical du 13 octobre 2011 n'avait pas apporté l'amélioration espérée, car au fil des semaines, on avait assisté à une re-déchirure du tendon du sus-épineux, en raison d'une mauvaise qualité tissulaire. Selon l'expert, il n'y avait pas lieu d'envisager une réinsertion du tendon du sus-épineux car la qualité tissulaire de l'épaule ne le permettait pas, par contre, l'assurée présentant, cliniquement et radiologiquement tous les signes d'un conflit sous-acromial, il préconisait une nouvelle acromioplastie large par voie arthroscopique, associée à l'ablation de la plaque en titane, ce traitement étant susceptible de diminuer voire supprimer les douleurs et améliorer ainsi la mobilité. Dans un rapport du 8 mars 2013 à l'OAI, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 8 octobre 2012. Il a diagnostiqué un trouble dépressif, sans précision (F 39), ayant un effet sur la capacité de travail. Il a précisé que l'assurée avait développé ce trouble à la suite de sa problématique rhumatologique, constatant la présence d'une dysthymie, d'une perte de l'élan vital et de l'estime de soi et indiquant que le traitement consistait en une psychothérapie de soutien et un suivi médicamenteux. S'agissant de la question de l'incapacité de travail, il a indiqué ce qui suit : « pas d'attestation de ma part, voir avec mes confrères rhumatologues et orthopédistes ». Le Dr S._____ a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : labilité émotionnelle, manque de concentration, insomnie, difficulté d'organisation et hypersensibilité au stress, ainsi que capacités mnésiques et d'adaptation au changement limitées. Dans un courrier du 5 mai 2013 à l'OAI, le Dr C._____ a demandé à l'OAI d'octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité, dès lors qu'elle ne pouvait reprendre aucune activité lucrative, renvoyant à un rapport du 11 avril 2013 du Dr X._____ au Dr N._____ qu'il produit. Le Dr C._____ a encore rappelé que sa patiente était suivie pour une affection psychiatrique. Dans le rapport susmentionné du 11 avril 2013, le Dr X._____ a indiqué que depuis six mois, la situation évoluait

- 12 - défavorablement, l'assurée ayant des douleurs cervico-brachiales importantes à gauche, les douleurs irradiant également dans la partie postérieure du crâne. La prise de Tramal et d'antidépresseur n'apportait pas de soulagement significatif. De plus, le Dr X. _____ a relevé que l'assurée n'utilisait pratiquement pas son bras gauche. Il a posé les conclusions suivantes : « Madame Q. _____ présente actuellement un syndrome douloureux cervico-brachial gauche marqué entraînant un handicap important dans les activités quotidiennes et empêchant la reprise d'une activité professionnelle. Sur le plan objectif, il existe effectivement une rupture itérative dans la partie antérieure du sus-épineux, avec un corps musculaire atrophié et une dégénérescence graisseuse (objectivée par arthro-CT en septembre 2012). Cette lésion n'est toutefois que partiellement responsable du syndrome douloureux actuel dont l'origine est vraisemblablement multi-factorielle. Dans ce contexte, je ne retiens pas d'indication à une reprise chirurgicale. La lésion du sus-épineux n'est pas accessible à une nouvelle réparation et un transfert musculaire pourrait conduire à un nouvel échec. Je n'ai pas non plus retenu d'indication à une acromioplastie compte tenu de l'absence de repousse osseuse significative et du risque de déstabilisation secondaire avec ascension de la tête humérale. La plaque en titane n'entraîne pas non plus de gêne mécanique justifiant son ablation. Une prise en charge globale du syndrome douloureux cervico-brachial gauche avec infiltration ou évaluation dans un Centre de la douleur paraît à ce stade vraisemblablement la solution la plus adaptée ». Le Dr C. _____ a également transmis à l'OAI les rapports suivants, qui lui ont été adressés : - un rapport de la Dresse H. _____ du 11 mars 2013, spécialiste en diabétologie et endocrinologie, rappelant les diagnostics d'obésité, diabète de type 2 et hypertension artérielle, expliquant que pour le moment il y avait un équilibre satisfaisant sans traitement médicamenteux et que la situation serait réévaluée trois mois plus tard afin d'évaluer les impacts des changements de style de vie discutés sur son équilibre métabolique et son poids ; - un rapport du 14 mars 2013 du Dr K. _____, rappelant les diagnostics de douleurs thoraciques atypiques, d'origine non cardiaque, d'hypertension artérielle et d'excès pondéral avec BMI de 40, concluant une nouvelle fois à l'absence d'évidence pour une maladie cardiaque/coronarienne ;

- 13 - - un rapport du 18 mars 2013 du Dr [...], consulté par l'assurée en raison de céphalées postérieures pulsatiles quasi quotidiennes. Il a conclu que l'examen neurologique était normal, et qu'une IRM pratiquée le 18 mars était normale. Dans un rapport du 29 avril 2013 au Dr X. _____, le Dr N. _____ a expliqué qu'il avait pratiqué le 26 avril une infiltration intra- articulaire gléno-humérale, ce qui avait permis de gagner environ 15° en élévation, et prescrit 9 séances de physiothérapie spécifique. Dans un avis du 15 juillet 2013, le Dr D. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a pris position de la manière suivante sur la base du dossier médical : « L'avis des spécialistes hospitaliers est plausible ; sur le plan somatique, nous admettons les 50% médico-théoriques dans une AA [activité adaptée] dès le 12.03.12, soit à 5 mois de l'opération initiale, et de 100% depuis au moins le 01.01.2013, soit lors de l'expertise APG, à 2 mois de la récurrence de la déchirure du 31.10.12. Le Prof. X. _____ indique une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100%, ce que nous retenons comme l'APG sur le plan médicothéorique. L'IT [incapacité de travail] est bien sûr définitive comme aide-pâtissière sur chaîne de production. Sur le plan psychiatrique, le Dr S. _____ ne retient pas d'IT. La situation étant claire, nous décidons de conclure sur ces bases. L'IT durable est fixée au 01.08.2011. L'IT est de 100% depuis. La CT dans l'activité habituelle est de 0%, nous sommes d'accord ; dans une AA, la CT est de 50% dès le

12.03.2012 (Prof. X. _____), puis de 100% dès le 01.01.2013. Les LF [limitations fonctionnelles] sont les suivantes : inapte activité avec mouvements répétitifs du bras gauche, travail bras au-dessus de la tête et de l'horizontal, port de charges sup. à 5 kg. Au total, nous suivons les conclusions, telles que formulées en p. 1. Elles sont convaincantes au regard des suites opératoires et du métier de l'assurée ». Par projet de décision du 11 novembre 2014, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. L'office a retenu que l'assurée n'était plus capable de travailler dans son ancienne activité d'aide pâtissière à l'issue du délai d'attente d'une année selon l'art. 28 LAI, mais qu'elle disposait toutefois d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 12 mars 2012. L'OAI a indiqué que ses

- 14 - limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité avec mouvements répétitifs du bras gauche, pas de travail bras au-dessus de la tête et de l'horizontal, ni de travail en hauteur, pas de port de charge supérieur à 5 kg. L'OAI a précisé que la capacité de travail de l'assurée pouvait être mise en valeur dans des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production), comme ouvrière dans l'usinage sur machines pré-réglées, ou ouvrière dans le conditionnement. L'OAI a fixé le taux d'invalidité à 13%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 55'900 fr. et d'un revenu d'invalidité de 48'674 fr. 36, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 15 décembre 2014, l'assurée, par son avocat, Me Bischof, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision, faisant valoir que l'avis du Dr N. _____ contredisait complètement l'appréciation médicale du projet, puisque celui-ci estimait que sa patiente était totalement incapable de déployer une activité professionnelle quelconque. Par courrier du 23 décembre 2014, l'OAI a octroyé au conseil de l'assurée un délai au 23 janvier 2015 pour produire un rapport médical. Par décision du 9 avril 2015, l'OAI a confirmé le projet du 11 novembre 2014. B. Par acte du 12 mai 2015, Q. _____, par son avocat, a recouru contre la décision du 9 avril 2015 rendue par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement partielle d'invalidité, dès le 10 août 2012. Elle a fait valoir en substance qu'elle était totalement incapable de travailler dans toute activité, se référant à un rapport médical du 11 décembre 2014 du Dr N. _____ à son conseil, qu'elle produit. Ce médecin a exposé ce qui suit : « Madame Q. _____ souffre de séquelles graves d'un accident professionnel du 26.05.2011. Lors de cet accident, elle a eu une rupture complète du tendon du sus-épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec une épaule pseudo-paralytique. A ma

- 15 - consultation de [...], puis [...], j'ai tout de suite posé le diagnostic et guidé l'assurée auprès du meilleur chirurgien de l'épaule du canton de [...], auprès du Professeur X. _____, qui a procédé en octobre 2011 à une réparation d'une lésion étendue du sus-épineux avec ténodèse du long biceps. L'évolution post-opératoire n'a jamais été favorable avec persistance de douleurs et d'handicap fonctionnel et modéré. Il y a eu échec au traitement ambulatoire de physiothérapie intensive avec mobilisation et tonification. Les examens qui ont suivi ont mis en évidence une re-rupture du sus-épineux. J'ai remontré la patiente au Prof. X. _____ qui a constaté les dégâts et parlé d'une lésion de la coiffe irréparable. Nous avons ensuite procédé à de nombreuses séances de physiothérapie jusqu'à maintenant pour maintenir une mobilité. A l'examen clinique, il persiste une épaule gelée (capsule rétractile sévère), avec une distance pouce-C7 de 50 cm à droite, l'élévation et

l'abduction n'arrive même pas à 70° des deux côtés. Avec ce problème d'épaule gauche qui lui fait mal jour et nuit, elle a développé un syndrome myofacial avec atteinte musculaire au niveau de la nuque et des deux épaules, la patiente présente en plus un état dépressif réactionnel à son impossibilité de pouvoir travailler et à ses douleurs constantes. Elle est également suivie par un psychiatre pour sa dépression. En raison de ses problèmes ostéo-articulaires et psychiatriques (problème psychiatrique en 2ème ligne), la patiente a une incapacité totale de 100% dans toutes activités professionnelles, elle n'arrive même pas à faire son ménage. Il faut à tout prix que l'on secoue l'assurance-accidents, la L. _____, car l'assurée n'est pas recyclable, elle a certainement droit à une rente d'accident ainsi qu'à une rente d'invalidité, les calculs de l'assurance- invalidité sont faux ». Avec son recours, l'assurée a produit également cinq courriers du 7 mai 2015 adressés par son conseil aux Drs C. _____, S. _____, H. _____, X. _____ et K. _____, leur demandant de se prononcer sur la question de son invalidité. Selon elle, si leurs avis corroboraient celui du Dr N. _____, la Cour disposerait d'indices très probants pour considérer que le taux d'invalidité de 13% retenu par l'intimé était infondé. Dans sa réponse du 10 novembre 2015, l'OAI est d'avis que le rapport médical du Dr N. _____ produit par la recourante est imprécis sur la chronologie des évènements et qu'il n'indique pas en particulier quand a eu lieu « la re-rupture dont il fait état », s'interrogeant s'il s'agit de « l'évènement déjà évoqué par le Dr X. _____ courant 2012 (cf. rapport du 11 avril 2013) » ou s'il y a eu effectivement « une aggravation postérieurement à avril 2013, date du dernier rapport du Dr X. _____

- 16 - versé au dossier de l'AI ». L'OAI est d'avis que quoi qu'il en soit, une rupture du sus-épineux gauche n'explique en général pas une incapacité totale durable dans toute activité. L'office estime en outre qu'il serait « bienvenu de relancer le Dr X. _____ ainsi que les autres médecins interrogés en mai 2015 par la partie recourante afin d'obtenir leur appréciation médicale et de savoir s'ils suivent la recourante et à quelle fréquence » ainsi que « d'obtenir les pièces médicales versées au dossier de la L. _____ après leur envoi du 8 mai 2013 ». Par courrier du 30 novembre 2015, la juge instructrice a demandé à L. _____ de communiquer son dossier complet concernant l'assurée.

L'assureur-accidents a produit le dossier le 14 décembre 2015. Il en ressort notamment un rapport du 20 avril 2015 du J. _____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, de la consultation d'endocrinologie du [...], adressé au Dr C. _____. Le Dr J. _____ a diagnostiqué une hypothyroïdie subclinique sur probable maladie auto- immune de la thyroïde, séronégative, un nodule surrénalien gauche sans sécrétion hormonale et une obésité morbide de stade II (BMI 39.54 kg/m²). Ce spécialiste a en outre expliqué ce qui suit : « Problèmes et attitude : Nous revoyons Mme Q. _____ pour le suivi de l'hypothyroïdie subclinique et de l'incidentalome surrénalien. Nous n'avons cliniquement pas d'argument en faveur d'une hypothyroïdie. Le bilan biologique montre néanmoins une hypothyroïdie subclinique avec une TSH à 6.24 mU/L et une T4 libre à 13 pmol/L. Au vu d'une fatigue importante décrite par la patiente, nous introduisons un traitement par Euthyrox 50 mcg par jour et vous proposons un contrôle biologique à 2 mois à votre consultation. Nous commentons volontiers les résultats si ceux-ci nous sont faxés. Concernant l'incidentalome surrénalien, Mme Q. _____ n'a pas remarqué de modification faisant suspecter une sécrétion hormonale. Nous effectuons un test de suppression à la dexaméthasone qui se révèle normal avec une cortisolémie à 34 nmol/L le lendemain de la prise de dexaméthasone. Le dosage des métanéphrines plasmatiques permet d'exclure une sécrétion hormonale, les valeurs étant dans la norme hormis une

méthoxytyramine légèrement augmentée à 4.73 nmol/L, probablement en rapport avec l'alimentation. L'imagerie est répétée et montre un nodule de taille stable voire légèrement diminuée (2 x 2.4 cm versus 2 x 2.8 cm sur le comparatif de 2008), avec un wash out absolu de 81% compatible avec un adénome. Au vu de la stabilité et bénignité de la lésion laquelle est connue depuis 10 ans, nous recommandons un prochain suivi dans 5 ans. Suites de prise en charge :

- 17 - Prochain suivi dans 5 ans ». Dans ses déterminations du 15 janvier 2016, l'OAI est d'avis que la pièce médicale nouvelle susmentionnée n'apporte pas d'éléments pertinents sur le plan de l'exigibilité. Par déterminations du 26 janvier 2016, la recourante s'est référée intégralement à un courrier du 24 juin 2015 du Dr C._____ à son conseil, qu'elle produit, avec diverses annexes. Dans ledit courrier, le Dr C._____ expose qu'il est d'accord avec la position du Dr N._____, d'autant plus que l'assurée n'a pu reprendre aucune activité professionnelle à la suite de l'opération de son épaule. Il est d'avis qu'à l'heure actuelle, la réinsertion professionnelle n'est pas possible, la patiente étant très affectée au plan psychique et qu'une rente d'invalidité de 100% devrait lui être allouée. Avec son courrier, le Dr C._____ a transmis notamment deux rapports médicaux du Dr X._____ au Dr N._____. Dans le premier rapport, du 7 mai 2015, le Dr X._____ indique que comme l'assurée se plaint de douleurs importantes cervico- brachiales persistantes d'origine indéterminée et avec une clinique très aspécifique, il a demandé un complément de bilan par arthro-IRM. Dans le second rapport médical du 18 juin 2015, le Dr X._____ explique avoir revu l'assurée en consultation le 16 juin et que l'arthro-IRM effectuée le 2 juin 2015 a mis en évidence une lésion dégénérative étendue du sus- épineux avec rétractation jusqu'à la glène et involution graisseuse de stade III. Il a en outre indiqué que les autres tendons de la coiffe des rotateurs étaient en continuité. Le Dr X._____ a émis les conclusions suivantes : « Les douleurs cervico-brachiales gauches sont donc en partie expliquées par l'atteinte dégénérative du sus-épineux. Il existe vraisemblablement également une composante cervicale voire un syndrome douloureux de type somatoforme. L'atteinte dégénérative du sus-épineux n'est pas accessible à un nouveau geste de réparation chirurgicale. Il n'existe par ailleurs pas de troubles dégénératifs gléno-huméraux significatifs et la patiente est trop jeune pour que nous envisagions la mise en place d'une prothèse totale d'épaule de type inversée. Il est donc préférable à ce stade de privilégier l'approche non chirurgicale. Une évaluation complémentaire dans un centre de la douleur pourrait également être bénéfique à la patiente. Une activité

- 18 - professionnelle nécessitant de porter les bras au-dessus du niveau de l'horizontale et/ou de déplacer des charges de plus de quelques kilos ne sera plus possible ». Le Dr C._____ a également transmis un rapport médical de la Dresse H._____ du 8 mai 2015 indiquant que l'assurée se trouvait actuellement dans une condition de diabète déséquilibré et obésité de classe 2 rendant toute activité physique extrêmement difficile, limitant sa capacité de concentration ainsi que sa résistance à l'effort. Par courrier du 15 mars 2016, l'OAI a indiqué avoir soumis les pièces médicales produites par la recourante au SMR pour appréciation. Dans l'avis SMR du 23 février 2016, le Dr D._____ a exposé ce qui suit : « 3/ l'acte de recours faisait état d'un courrier du Dr N._____ datant du 11.12.14, qui rapportait une nouvelle rupture du SE G [sus-épineux gauche], qui serait irréparable. Notre confrère expliquait que du fait des LF [limitations fonctionnelles] somatiques et d'un état dépressif réactionnel alliés à des douleurs (subjectif), il existerait une IT de 100% dans toute activité. Nous notons que le conseil de l'assurée avait décidé le

12.05.15 de s'adresser à d'autres médecins qui devaient corroborer l'avis du Dr N._____. Ne disposant pas d'autres informations, notre avis SMR du 04.11.15 considérait être dans le cadre visiblement d'une récurrence d'une rupture du SE G ce qui était un élément nouveau. Cependant, à terme dans ce type de pathologie une CTAA de 80-100% même sur le plan médico-théorique, était conforme à la littérature médicale et nous ne comprenons pas bien pourquoi, il existerait une IT totale dans toute activité. Sur le plan psychiatrique, notre confrère affirmait la présence en seconde ligne d'une dépression réactionnelle, qui selon la terminologie asséurologique n'est pas incapacitante (voir aussi avis du Dr S._____.). Nous pointâmes que notre confrère n'était que rhumatologue, et qu'aucune pièce médicale ou courrier d'un spécialiste psy. ne venait confirmer cette atteinte secondaire. En plus, aucun des autres médecins contactés n'avait répondu ou ne s'était prononcé sur le cas depuis mai 2015, id est à 6 mois, ce qui était tout de même curieux. Nous avançâmes en outre que face à une IT totale sur une récurrence de rupture d'un SE, les critères jurisprudentiels d'empathie du rhumatologue traitant pourraient être invoqués. En l'état, comme il existait au moins un fait nouveau rhumatologique, sur le plan médico-juridique, nous jugeâmes une évaluation bienvenue du fait de la conflictualité du dossier. Cela est plus prudent, mais au final, le résultat ne changera pas le résultat. 4/ suite à votre mandat, nous évoquions effectivement un élément nouveau (rupture du sus-épineux G selon le Dr N._____, le 11.12.14). Comme la date de cette rupture ne vous apparaissait pas claire, vous demandez s'il pourrait s'agir de l'événement déjà évoqué par le Dr X._____ courant 2012 : en réponse à cette question, nous pouvons répondre déjà que le seul lien logique est la récurrence en post op. de ce type de pathologie, ce qui est conforme à la littérature médicale (voir - 19 - les articles connexes « récurrence »). Vous décidez de relancer les médecins interrogés en mai 2015 par le recourant et de nous faire suivre les rapports de 2015 même si certains répondaient expressément aux questions posées dans le cadre du contentieux (écriture de la CASSO du 12.10.15). Vous demandez de prendre connaissance des divers RM à la Ged les 18.12.15 et 28.01.16 et donner notre appréciation. a/ dans votre écriture du 15.01.15, votre prise de position sur le rapport du Z._____ du 20.04.15 est logique et relève du bon sens. Nous sommes tout à fait d'accord avec vous. En ce qui concerne la rupture du SE G, la vérification des documents montre : à presque 11 mois de l'opération initiale du 13.10.11, une IRM du 23.08.12 rapportant seulement une suspicion de récurrence ; selon le RM du 31.10.12, une arthro-IRM ne montrant qu'une lésion de la partie antérieure du SE (donc lésion partielle et pas de rupture complète) ; un RM du Prof X._____, le 08.01.13 indiquant qu'aucune intervention n'est possible. Le Dr F._____ évoque en 2013 dans son expertise une rupture itérative du SE G, mais cette constatation n'est pas qualifiée de rupture complète puisque ns étions dans la lésion partielle au départ avec détérioration PROGRESSIVE dans le temps du fait du conflit acromio-claviculaire G. Le courrier du Dr N._____ datant du 11.12.14 ne fait qu'entériner de notre avis la rupture clinique complète du fait d'un processus dégénératif et de la 1ère intervention (faiblesse locale). En tous cas, tout le monde est d'accord avec un reclassement. b/ En ce qui concerne les divers RM à la Ged du 28.01.16 : le Dr C._____, ORL plaide le 24.06.15 pour une rente expliquant voir une assurée très affectée sur le plan psy. Le Prof X._____, orthopédiste, le 18.06.15 et le 07.05.15 évoque une lésion dégénérative de SE G selon l'IRM du 02.06.15 (rupture complète avec rétractation, les autres tendons de la coiffe étant en continuité) et un TDS, tout en privilégiant uniquement une approche non chirurgicale. Il relève qu'une activité nécessitant de porter les bras au-dessus du niveau de l'horizontale et/ou de déplacer des charge de plus de quelques kilos ne sera plus possible (l'exercice d'une activité adaptée

aux limitations somatiques précitées reste ainsi entièrement possible comme ce spécialiste le signalait déjà le 12.3.13). Aucun contrôle supplémentaire dans son service n'est prévu. Le Dr K. _____, cardiologue, rapporte le 04.12.14 l'absence de maladie cardiaque et coronarienne patente, hors une HTA traitée dans un contexte de diabète. Il propose même des activités physiques ce qui corrobore le reclassement. Synthèse : il n'existe pas de raison de modifier notre position antérieure en 3/. La récurrence de la rupture complète du SE G expliquée à la clinique le 11.12.14 est confirmée par l'IRM du 02.06.15 (élément nouveau). Même si une CTAA de 80-100% est attendue, nous reformulons au vu du dossier l'évaluation précédente de manière à être en conformité médico-légale. Veuillez noter que faute de RM psy., nous n'avons aucune raison de nous engager sur ce plan. Au total, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF, plaise au tribunal de réaliser : une expertise rhumatologique ou orthopédique ».

- 20 - Le 29 avril 2016, la recourante s'est ralliée à la position du SMR selon lequel il convenait de mettre en œuvre une expertise rhumatologique ou orthopédique. Le 17 mai 2016, l'OAI a indiqué que l'assureur-accidents L. _____ l'avait informé de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire à la clinique [...] et lui avait proposé de participer à cette expertise, l'OAI relevant cependant que cette décision n'était plus de son ressort, vu l'effet dévolutif du recours. Le 5 juillet 2016, l'OAI a indiqué qu'il n'était pas opposé à la proposition de la juge instructrice de suspendre la procédure jusqu'à la remise de ladite expertise, suggérant que les experts prennent position sur l'évolution dans le temps de la situation (exigibilité dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée) et se prononcent, le cas échéant, à la lumière de l'ATF 141 V 281. Le 29 septembre 2016, la juge instructrice a informé les parties qu'elle suspendait la procédure en attendant la remise du rapport d'expertise de la clinique [...]. Le 31 mars 2017, L. _____ a transmis à la Cour le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 décembre 2016, avec volets neurologique et orthopédique (Dr W. _____, spécialiste en neurologie et Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, examen du 12 novembre 2016), et avec, en annexe, un rapport psychiatrique du 25 octobre 2016 (Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, examens des 14 septembre et 19 octobre 2016) ainsi qu'un rapport rhumatologique du 28 septembre 2016 (Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie, examen du 28 septembre 2016). Les experts ont posé les diagnostics d'importantes douleurs et déficit fonctionnel de l'épaule gauche sur rupture itérative du sus-épineux gauche, de status post-réparation du sus-épineux, ténodèse du tendon du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la partie distale de la clavicule gauche le 13 octobre 2011 pour rupture totale du sus-épineux.

- 21 - Au plan psychiatrique, ils ont diagnostiqué un état dépressif avec majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, sans atteinte neurologique ou cognitive organique. Les experts ont notamment relevé qu'une nouvelle IRM du 8 septembre 2016 de l'épaule gauche effectuée à la demande du Dr N. _____, montrait une rupture complète du sus-épineux avec rétractation du tendon, une amyotrophie des fibres du corps du sous-épineux avec hypertrophie du teres minor compensatrice. Au plan neurologique, il n'y avait pas de déficit sensitivo- moteur, réflexe ou sensoriel significatif, mais un tableau de ralentissement associé à des plaintes douloureuses et des pleurs chez une patiente manifestement déprimée. Ceci était confirmé sur le plan psychiatrique qui permettait d'évoquer une majoration des symptômes physiques pour raison psychologique. C'était donc dans ce contexte qu'il fallait comprendre les temps de réaction allongée en situation

d'alerte et les déficits attentionnels en modalité visuelle, sans atteinte neuropsychologique focale ou spécifique lors du bilan cognitif détaillé. Les experts W. _____ et M. _____ ont apprécié la situation de la manière suivante : « Le diagnostic est clairement établi par l'imagerie (RX le 07.09.2016 et IRM du 08.09.2016). Ce diagnostic est reconnu aussi bien par le Dr F. _____ auteur de l'expertise du 21.01.2013 et par le Pr X. _____ qui a opéré et suivi l'expertisée. Concernant le pronostic, l'état actuel de l'épaule gauche défini par les radiographies du 07.09.2016 et l'IRM du 08.09.2016 explique les douleurs et le déficit fonctionnel. Mise en évidence lors de l'examen clinique de l'épaule gauche, cet état avait déjà été mis en évidence dans l'expertise du Dr F. _____ du 21.01.2013 et par le Dr X. _____ à sa consultation le 11.04.2013. Cet état peut donc être considéré comme stabilisé. Il est peu probable qu'il puisse être amélioré par les traitements actuellement suivis soit la physiothérapie à sec et dans l'eau. Ce traitement au moins permet de maintenir l'état actuel de l'épaule gauche. Mme Q. _____ souffrait depuis quelques temps de l'épaule gauche au moment de son accident. Comme le signalait le Dr F. _____ dans son expertise, l'épaule gauche présentait déjà des phénomènes dégénératifs, qui étaient cependant asymptomatiques et permettaient à l'assurée de travailler normalement. Désavantage persistant : Présence de douleurs qui sont continues et très importantes puisque Mme Q. _____ les évaluent à 8-9/10. L'examen clinique a également mis en évidence un déficit fonctionnel de l'épaule gauche avec une mobilité fortement déficitaire. L'assurée n'utilise pratiquement pas son membre supérieur gauche qu'elle maintien collé au corps.

- 22 - Limitation fonctionnelle : la mobilité active est limitée avec une antépulsion de 70°, une abduction de 70° également, une rotation externe de 10° et une rotation interne quasi impossible (main sur la partie externe de la fesse gauche. La force de fermeture du poignet gauche est évaluée à M4 par rapport à une force de M5 à droite. L'assurée est gauchère. En l'absence de toute atteinte neurologique et neuropsychologique organique, le tableau mental est dominé par l'état dépressif avec la majoration des symptômes pour raisons psychologiques. Proposition thérapeutique : Les radiographies de l'épaule gauche du 07.09.2016 mettent en évidence l'absence d'arthrose, une tête humérale centrée et une bonne position de la plaquette de réinsertion du sus-épineux dans la région sous-trochantérienne. L'IRM de l'épaule gauche du 08.09.2016 met en évidence une rupture complète du sus-épineux avec rétraction du tendon, une amyotrophie avec involution graisseuse du corps charnu du sus-épineux (stade III de Goutallier), une amyotrophie des fibres du corps du sus-épineux avec hypertrophie du teres minor compensatrice. Cet état dégénéré du sus-épineux contre-indique une nouvelle réparation chirurgicale de ce tendon. Par ailleurs le fait que la tête humérale reste centrée, que l'espace sous-acromial ne soit pas diminué et que la plaquette dans la région sous-trochantérienne soit bien positionnée en accord avec le Pr X. _____ (voir sa lettre du 11.04.2013 au Dr N. _____) il n'a pas d'indication à une nouvelle acromioplastie comme le suggérait le Dr F. _____ dans son expertise.

Recyclage : la patiente est 100% incapable de travailler à son dernier poste de travail (aide-pâtissière). Un poste de travail adapté qui devrait être un poste de travail soit assis soit debout, soit les deux alternativement, serait possible s'il permettait un travail effectué uniquement du membre supérieur droit (main non dominante de l'assurée). Il s'agirait donc d'un travail monomanuel (triage, contrôle de qualité, etc...). Ce travail étant monomanuel ne peut permettre le port de charge, la charge maximale ne pouvant être qu'occasionnelle et ne dépassant pas quelques kilos. Dans ces conditions des mesures de recyclage devraient être envisagées. Dans le contexte particulier de la patiente détaillé dans le rapport psychiatrique, une approche psychothérapeutique reste difficile et avec peu de chance de succès à ce stade,

y compris avec adjonction pharmacologique. 5. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées ? Oui, les plaintes subjectives avec leur irradiation correspondent à la pathologie de l'épaule gauche mise en évidence cliniquement et par l'imagerie. En revanche, sur le plan neurologique et cognitif, aucune atteinte organique n'est objectivée ». En outre, les Drs W. _____ et M. _____ ont indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité professionnelle habituelle, et ce à long terme vu qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical envisagé. Dans une activité adaptée à ses

- 23 - limitations fonctionnelles (activité monomanuelle, comme poste de surveillance de triage de pièces ou de contrôle de qualité), ils ont estimé que la capacité de travail était exigible à 60% « actuellement ». Ce pourcentage pourrait être réévalué après une année de travail. Ils ont cependant expliqué que, sans rapport avec l'accident, l'état psychiatrique actuel paraissait incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle en général. En effet, compte tenu des troubles cognitifs l'état était relativement sévère et si une décision d'invalidité était envisagée, il faudrait tenir compte des séquelles accidentelles à l'épaule gauche et de l'état dépressif enkysté, associé à des troubles cognitifs non organiques. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 25 octobre 2016, le Dr R. _____ a posé les diagnostics selon la CIM-10 d'autre épisode dépressif et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a en outre exclu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de troubles psychotiques ou de trouble de la personnalité. Il a notamment exposé ce qui suit : « Discussion des diagnostics 1. Autre épisode dépressif F32.8 L'intensité des symptômes et la durée d'évolution empêchent un diagnostic de Trouble de l'adaptation (réactionnel), F43.2. La présentation clinique, où une composante de régression globale prédomine, et la permanence vraisemblable des troubles sur plusieurs années font de ce syndrome dépressif un état fixé, qui va à l'encontre d'une dimension toujours évolutive d'un épisode dépressif. De plus, le tableau comporte des discordances au-delà de la norme dans l'intensité des symptômes, le ralentissement psychomoteur est peu marqué, par exemple. On constate également, malgré l'état de régression, une dynamique relationnelle de type histrionique qui n'est pas celle typiquement rencontrée dans un tableau dépressif habituel. Au vu de ces éléments et surtout au vu de la prédominance et de l'importance d'un état de régression, il s'agit d'un tableau dépressif atypique nécessitant un diagnostic d'Autre épisode dépressif selon la CIM-10. 2. Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 Les critères de la CIM-10 pour poser ce diagnostic sont les suivants Symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat

- 24 - somatique. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur et au handicap provoqués par son affection physique, et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. L'insatisfaction relative au résultat du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux, (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi représenter un facteur déclenchant. Dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accidents ou de blessures. Le syndrome ne disparaît pas toujours rapidement même lorsque la revendication est entièrement satisfaite. Force est de constater que ce descriptif correspond bien à l'observation clinique de l'expertisée. L'état psychique

de régression entretient probablement le handicap physique. Il s'agit plus de troubles entretenus que de troubles amplifiés. Les plaintes surajoutées sont présentes sous la forme des troubles vertigineux et de la difficulté rapportée à soutenir le regard, par exemple. Une inquiétude de l'avenir existe. Soulignons qu'un authentique état de détresse est présent, qu'il n'y pas de motivation consciente de compensation financière, laquelle est absente du discours, et que l'expertisée souhaiterait sincèrement que son état change et qu'elle soit en mesure de travailler. Il ne s'agit pas d'une production intentionnelle ou de simulation de symptômes ou d'incapacité (CIM-10 F68.1), l'expertisée est authentique dans l'expression d'une souffrance psychique. Diagnostics différentiels Si l'on considère les différents Troubles somatoformes (CIM-10 F45), il ne s'agit pas de symptômes physiques multiples et variables qui définiraient une Somatisation F95.0 ou un Trouble somatoforme indifférencié F45.1. L'état de régression l'emporte largement sur la composante douloureuse, les plaintes portent plus sur l'utilisation du bras que sur la douleur, ce qui réfute un éventuel diagnostic de Syndrome douloureux persistant F45.4. L'état de régression n'entre pas dans le registre de Troubles psychotiques (CIM-10 F20-29) en l'absence d'antécédents psychiatriques et en l'absence de signes de la lignée psychotique lors de l'examen. L'anamnèse ne permet pas de faire l'hypothèse d'un Troubles de la personnalité F60 au sens strict en l'absence de traits de personnalités spécifiques et au vu d'un fonctionnement et de capacités d'adaptation tout à fait préservés jusqu'à l'accident. Il y a toutefois un profil de vie chez l'expertisée, profil lié à l'immigration et à la survalorisation du travail dans une profession où la force physique est déterminante, ainsi qu'un profil de personnalité associant faible capacité de verbalisation, faible capacité d'introspection, mauvaise compétence sociale et projection. Ces profils représentent tous deux des facteurs de risque pour une telle évolution. Appréciation L'état psychique de l'expertisée est peu susceptible d'évoluer favorablement en raison de la durée du trouble et d'une difficulté psychique à mentaliser, élaborer et à changer de registre défensif. Cet état de régression semble installé de façon durable en raison d'un

- 25 - manque de ressources psychiques pour trouver d'autres issues que celle d'un état de régression maintenant fixé. Cet état peut être compris comme une solution psychique face à l'atteinte narcissique que représente la perte de la capacité de travail pour une personne ayant trouvé son principal apport narcissique dans son activité professionnelle. Cet état et le manque de capacité d'introspection empêchent une approche psychothérapeutique en profondeur. La prise en charge psychiatrique a d'ailleurs évolué vers des entretiens de soutien espacés, ce qui peut améliorer la capacité à verbaliser, prévenir une éventuelle aggravation mais qui ne peut vraisemblablement pas permettre de changer un tableau clinique de cette gravité. L'approche psychopharmacologique semble aussi limitée comme le montre le manque de résultats. Des états liés à des postures de régression répondent moins aux antidépresseurs que les atteintes dépressives plus classiques. L'option d'une thérapie de type TCC sur le long terme visant à récupérer les compétences sociales serait à évaluer ». Quant au Dr T. _____, il a notamment exposé ce qui suit dans son rapport du 28 septembre 2016 : « Actuellement, la douleur est importante avec une impotence fonctionnelle quasi complète du membre supérieur gauche, empêchant toute reprise du travail et très invalidante dans les gestes de la vie quotidienne. Une dernière IRM, réalisée le 08.09.2016, retrouve une rupture complète du supra-épineux mais pas d'omarthrose. Actuellement, cette patiente est toujours suivie par le Dr N. _____ à Aigle, et son traitement repose sur du Dafalgan, Célebrex, Stilnox et une association de Lyrica et Cymbalta. L'examen clinique, assez difficile chez cette patiente du fait d'une possible majoration des symptômes, révèle un déficit moteur antalgique du membre supérieur

gauche, cependant sans signes objectifs de névralgie cervico-brachiale. La mobilisation active et passive de l'épaule gauche est pratiquement impossible dans tous les plans, soulevant là encore la possibilité d'une majoration, à moins qu'il ne s'agisse d'une capsulite rétractile, difficile à mettre en évidence en imagerie par IRM. Dans ce contexte, le diagnostic précis est complexe compte tenu de l'ancienneté de l'histoire clinique et d'une possible majoration symptomatique. En tout état de cause, le pronostic paraît sombre, la reprise du travail me paraissant personnellement pratiquement compromise ». Le 27 avril 2017, L. _____ a transmis à la Cour un courrier qu'elle a adressé le même jour à l'assurée selon lequel elle prévoyait de lui octroyer une rente d'invalidité LAA, dès le mois de mai 2017, compte tenu d'un taux d'invalidité de 42% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à

- 26 - l'intégrité. L. _____ a retenu que l'intéressée avait une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à ses limitations physiques (activité mono-manuelle). Dans un mémoire ampliatif du 5 mai 2017, la recourante a fait valoir que compte tenu de l'expertise réalisée par l'assureur-accidents et son courrier du 27 avril 2017, une invalidité de 42% était pratiquement incontestable. Elle a en outre relevé que selon le rapport du Dr T. _____ du 28 septembre 2016, son invalidité paraissait totale. Selon elle, il pourrait être utile de faire préciser par les médecins le taux d'invalidité en tenant compte de la donnée psychiatrique. Par déterminations des 15 mai et 12 juin 2017, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis le rapport d'expertise du 20 décembre 2016 au Dr D. _____ du SMR et qu'il se ralliait à l'avis du 11 mai 2017 de ce dernier, selon lequel, en substance la mise en œuvre d'une expertise rhumato- psychiatrique ou ortho-psychiatrique était nécessaire, dès lors que les experts mandatés par l'assureur-accidents ne prenaient pas clairement position au sujet de l'exigibilité au plan psychiatrique et que l'expertise n'était pas suffisamment probante dans sa forme. Dans ces conditions, il apparaissait plus judicieux, selon l'OAI de mandater de nouveaux experts, lesquels devraient se prononcer sur l'évolution dans le temps de l'état de santé, aux plans somatique et psychiatrique depuis l'accident de mai 2011. L'OAI a encore précisé qu'en cas de concours d'incapacités de travail aux plans somatiques et psychique, la règle n'était pas la simple addition arithmétique de chacune d'elle, mais qu'il y avait lieu de procéder à une évaluation globale de l'incapacité de travail. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles

- 27 - contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière au fond. 2. Le litige porte en l'occurrence, sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail à la suite de l'accident du 26 mai 2011. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

- 28 - exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, 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 mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). 4. a) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature

- 29 - du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). c) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; cf. TF 9C_371/2015 du 24 mars 2016 consid. 4.1 ; 9C_595/2013 du 30 novembre 2013 consid.4.2).

- 30 - 5. Dans le cas d'espèce, l'assurée a été victime d'un accident le 26 mai 2011, qui a causé une rupture large du tendon sus-épineux gauche et pour laquelle elle a été opérée le 17 octobre 2011 par le Prof. X._____ (réparation du sus-épineux, ténodèse du long biceps, acromioplastie et résection claviculaire distale gauche). Il ressort clairement des pièces du dossier que l'assurée a présenté une incapacité totale de travail dans son ancienne activité d'aide-pâtissière dès le 24 juin 2011, et que cette incapacité s'est rapidement avérée durable (rapport du Dr N._____ du 16 mai 2012, rapport du 1er juillet 2012 du Dr C._____ à l'OAI, rapport du Dr N._____ du 18 juillet 2012, rapport du 31 octobre 2012 du Dr X._____ au Dr N._____, rapport du 15 juillet 2013 du Dr D._____, rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 décembre 2016). Cela étant, la question se pose de savoir si l'assurée a une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et le cas échéant à partir de quelle date. Au plan physique, le Dr X._____ s'est prononcé à plusieurs reprises sur cette question. Il a, dans un premier temps, préconisé une reprise de son travail à 50% dès le 12 mars 2012, sans port de charges de plus de 5 kg (rapport du 7 mars 2012). Cependant la reprise du travail s'est révélée prématurée (cf. note de suivi de l'OAI du 13 mars 2012) et l'assurée a été remise en arrêt de travail dès le 13 mars 2012 par le Dr C._____. Dans son rapport du 31 octobre 2012 au Dr N._____, le Dr X._____ a relevé que la partie antérieure du sus-épineux n'avait pas cicatrisé et qu'il convenait d'orienter l'assurée vers un reclassement dans une activité professionnelle adaptée (sans efforts répétés avec les bras au-dessus de l'horizontale). En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr X._____ a précisé, le 4 janvier 2013, que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité répétitive avec le membre supérieur gauche et pas de déplacement de charges de plus de 5 kg) était vraisemblablement de 100%. Cependant, dans un rapport du 11 avril 2013 au Dr N._____, le Dr X._____ a fait état d'une dégradation de la situation, exposant que l'assurée avait des douleurs cervico-brachiales importantes à gauche,

- 31 - irradiant également dans la partie postérieure du crâne et sans soulagement par la prise de Tramal et d'antidépresseur. De plus, elle n'utilisait pratiquement plus son bras gauche. Le Dr X._____ a indiqué, comme le Dr F._____ dans son expertise du 21 janvier 2013, qu'il y avait effectivement eu une rupture itérative (c'est-à-dire une nouvelle rupture) dans la partie antérieure du sus-épineux, cette lésion n'étant toutefois que partiellement responsable du syndrome douloureux actuel, dont l'origine était vraisemblablement multi-factorielle. Enfin, le Dr X._____ a précisé, dans ce rapport du

11 avril 2013, que le syndrome cervico-brachial gauche entraînait un handicap important, empêchant la reprise d'une activité professionnelle. Quant au Dr N. _____, après avoir exposé dans son rapport du 16 mai 2012 qu'il y avait une importante limitation à l'épaule gauche et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité antérieure, une activité professionnelle adaptée devant être trouvée, il a régulièrement attesté par certificats médicaux que l'assurée était totalement incapable de travailler, en particulier après l'IRM du 23 août 2012, laquelle concluait à une forte suspicion de récurrence de déchirure du tendon du muscle sus-épineux (cf. certificats médicaux successifs des 22 août, 26 septembre, 7 novembre, 31 décembre 2012, 1er janvier 2013, attestant une incapacité de travail de l'assurée du 22 août 2012 au 6 février 2013). Certes, ces certificats médicaux sont peu détaillés, le Dr N. _____ ne précisant en particulier pas si l'incapacité totale de travail est comprise dans toute activité ou seulement dans l'ancienne activité. Cela étant, dans son rapport médical du 11 décembre 2014, le Dr N. _____ a indiqué que l'assurée présentait une incapacité totale de travail dans toutes activités professionnelles pour motifs physique et psychiatrique (précisant que le problème psychiatrique venait en deuxième ligne). Dans ce rapport, le Dr N. _____ a en outre expliqué que l'évolution après l'opération d'octobre 2011 n'avait jamais été favorable, avec une persistance de douleurs et un handicap fonctionnel modéré, malgré le traitement de physiothérapie intensive. Il a précisé que les examens ayant suivi avaient mis en évidence une « re-rupture » du sus-épineux.

- 32 - Ainsi, s'il apparaît à la lecture des rapports successifs du Dr X. _____ qu'il y a eu dans un premier temps une amélioration - ou à tout le moins une stabilisation - de la situation puisque ce médecin a indiqué en janvier 2013 que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, puis une dégradation en avril 2013, le Dr X. _____ ayant à ce moment conclu que le syndrome douloureux « entraînait un handicap important, empêchant la reprise d'une activité professionnelle », il apparaît plutôt à la lecture du rapport du Dr N. _____ notamment que la situation ne s'est pas améliorée de façon significative après l'opération d'octobre 2011, laquelle a été suivie d'une nouvelle déchirure du sus-épineux (cf. IRM du 23 août 2012 ; dans le même sens que le Dr N. _____ : rapport d'expertise du 8 janvier 2013 du Dr F. _____ et rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 décembre 2016 des Drs W. _____, M. _____, R. _____ et T. _____). Or, aucun de ces deux points de vue ne peut être à ce stade écarté, dès lors que les différents rapports des médecins précités ne sont pas dénués de valeur probante. Quant à l'avis SMR du 15 juillet 2013, on ne saurait suivre ses conclusions selon lesquelles l'assurée a présenté une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations physiques dès le 12 mars 2012, puis de 100% dès le 1er janvier 2013 (et encore moins l'avis de l'OAI dans la décision litigieuse qui considère que la capacité de travail est de 100% dès le 12 mars 2012 dans une activité adaptée, cette opinion ne reposant sur aucune pièce médicale au dossier). En effet, cette appréciation procède d'une interprétation de l'opinion du Dr X. _____, qui avait préconisé que l'assurée reprenne son travail à 50% (sans port de charges de plus de 5 kg) le 12 mars 2012, avant que la nouvelle rupture du sus-épineux ne soit découverte (cf. IRM du 23 août 2012). L'on ne peut donc en déduire que le Dr X. _____ a maintenu que la reprise d'une activité adaptée était possible à 50% dès le 12 mars 2012, dès lors également qu'il ne s'est plus prononcé sur cette question jusqu'en janvier 2013. En outre, si le Dr X. _____ a effectivement indiqué, par rapport du 4 janvier 2013 à l'OAI, que l'assurée avait vraisemblablement une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il est nettement plus réservé dans son rapport du 11 avril 2013, soit seulement quelques mois

- 33 - plus tard, indiquant que l'assurée avait un handicap important, empêchant la reprise d'une activité professionnelle et relevant que l'origine des douleurs était vraisemblablement « multi-factorielle » (cf. supra). A cet égard, d'ailleurs, le Dr D._____ a exposé dans son nouvel avis SMR du 23 février 2016 que la rupture itérative antérieure du sus-épineux évoquée par les divers médecins était une rupture partielle, qui s'était détériorée progressivement jusqu'à une rupture complète, vu la nouvelle arthro-IRM du 2 juin 2015, montrant une lésion dégénérative étendue du sus-épineux avec rétractation jusqu'à la glène (cf. rapport du Dr X._____ du 18 juin 2015). Pour le Dr D._____, il y avait donc lieu, au final, au vu de cet élément nouveau, de réaliser une expertise rhumatologique ou orthopédique afin de déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée. Quant à l'expertise pluridisciplinaire du 20 décembre 2016 réalisée à la demande de L._____, si l'on ne peut lui dénier toute valeur probante, elle ne permet pas non plus de fixer au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de travail de l'assurée au plan physique. En effet, les experts indiquent que la capacité de travail est de 60% dans une activité adaptée au moment de la réalisation de l'expertise, mais ne se prononcent pas pour la période antérieure. De plus, les experts considèrent que l'état de l'épaule défini par l'IRM du 8 septembre 2016 est le même que celui mis en évidence dans l'expertise du Dr F._____ du 21 janvier 2013 et par le Dr X._____ à la consultation du 11 avril 2013, ce qui apparaît douteux vu que la rupture du sus-épineux était partielle (cf avis SMR du 23 février 2016) à cette époque, alors qu'elle est qualifiée d'étendue respectivement de complète dans les plus récentes IRM des 2 juin 2015 et 8 septembre 2016. Or, une telle différence peut avoir une influence sur l'appréciation de la capacité de travail. En définitive, s'agissant des troubles à l'épaule gauche de l'assurée, le taux d'incapacité de travail de cette dernière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et en particulier l'évolution de la situation après l'opération d'octobre 2011 jusqu'au moment de la décision litigieuse, ne peuvent pas être établis au degré de

- 34 - la vraisemblance prépondérante sur la base des pièces du dossier. Il faut donc compléter l'instruction sur ce point, comme en conviennent d'ailleurs les parties. Au plan psychiatrique, l'OAI a implicitement retenu, dans la décision litigieuse, que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail, en se fondant sur l'avis SMR du 15 juillet 2013. Or, contrairement à cet avis, l'on ne saurait retenir que la situation était claire dans le sens qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail au plan psychiatrique selon le rapport du Dr S._____ du 8 mars 2013. En effet, ce rapport est ambigu, car quand bien même le Dr S._____ a répondu à la question de savoir s'il y avait une incapacité de travail de la manière suivante : « pas d'attestation de ma part, voir avec mes confrères rhumatologues et orthopédistes », il a posé le diagnostic de trouble dépressif, sans précision (F39), ayant un effet sur la capacité de travail. Le Dr S._____ a de plus précisé que l'assurée avait développé une dépression consécutive à son problème physique, qu'elle présentait une dysthymie, une perte de l'élan vital et de l'estime de soi. Elle suivait une psychothérapie de soutien et prenait des médicaments psychopharmacologiques. En outre, les difficultés psychologiques de l'assurée ont été observées par la Fondation [...] (rapport du 18 décembre 2012 à l'OAI). Ces éléments auraient dû conduire l'OAI à instruire plus avant au plan psychiatrique, par exemple en demandant des précisions au Dr S._____. Par ailleurs, le Dr R._____ a expliqué, dans son rapport du 25 octobre 2016, de manière convaincante et bien motivée les raisons pour lesquelles il retenait les diagnostics d' « autre épisode dépressif » et de « majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques », et pourquoi il ne retenait pas de troubles somatoformes douloureux, de troubles

psychotiques ou de troubles de la personnalité. Il a en outre procédé à une anamnèse complète et pris en compte les plaintes de la recourante. Cependant, l'expert psychiatre ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail. L'opinion des Drs W. _____ et M. _____, selon lesquels l'état psychiatrique actuel de la recourante paraît incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle en

- 35 - général ne saurait être retenue, sans avis motivé de l'expert psychiatre à ce sujet et sans concertation apparente avec ce dernier. Enfin, l'on ne saurait, sur la base du rapport du Dr T. _____ du 28 septembre 2016, conclure que la recourante présente une incapacité totale de travail comme elle le soutient dans son mémoire du 5 mai 2017. En effet, ce rapport est essentiellement descriptif et peu précis, et n'apporte pas d'élément nouveau par rapport aux autres documents de l'expertise. Ainsi, la Cour de céans considère que les pièces du dossier ne permettent d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique pour la période litigieuse, de sorte que l'instruction doit être complétée à cet égard également. En définitive, une nouvelle expertise établissant l'évolution de la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée compte tenu de ses atteintes somatiques et psychiatriques, à la suite de l'accident du 26 mai 2011 et plus particulièrement après l'opération de l'épaule du mois d'octobre 2011, doit être réalisée. 6. a) 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 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible

- 36 - lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, lorsque l'OAI a rendu sa décision, la situation au plan somatique n'était pas suffisamment claire sur la base des rapports à sa disposition, dès lors que le Dr F. _____ et le Dr X. _____, avaient mis en évidence la récurrence de rupture du muscle sus-épineux, cet élément étant susceptible de remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. En particulier, l'OAI avait en sa possession le rapport du 11 avril 2013 du Dr X. _____ qui se montrait largement plus réservé quant à la capacité de travail de l'assurée que dans ses rapports précédents. Au plan psychiatrique, l'OAI n'a procédé à aucune instruction complémentaire après avoir reçu le rapport du Dr S. _____, alors que celui-ci n'était pas univoque, comme cela a été constaté plus haut. Force est donc de constater que l'OAI a constaté les faits de façon sommaire et qu'il se justifie par conséquent de lui renvoyer la cause afin qu'il

complète l'instruction. Il incombera ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. 7. a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision rendue par l'OAI le 9 avril 2015 annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit

- 37 - se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1, 91 et 99 LPA-VD). c) La recourante, qui obtient gain de cause et qui était assistée de Me Bischof jusqu'au 12 octobre 2017, date à laquelle ce dernier a cessé la pratique du barreau, a le droit à des dépens qu'il convient de fixer à 3'000 fr., vu l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 9 avril 2015 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- 38 - III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Q._____, à [...], - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

- 39 - 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.