

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Lanz Pleines et Di Ferro Demierre
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Asllan Karaj,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Le 13 août 2003, C. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1955, d'origine kosovare et titulaire d'un permis C, employée de cafétéria au service de la société X. _____, a été victime d'un accident sur son lieu de travail ayant entraîné une contusion de l'épaule droite. En novembre 2003, un essai de reprise du travail a échoué. Le 16 décembre 2003, une arthro-IRM a mis en évidence une rupture du supra-épineux. Une intervention chirurgicale sera pratiquée le 23 décembre 2003 par arthoscopie avec acromioplastie et suture de la coiffe. L'évolution de l'état de santé de l'assurée, traitée par physiothérapie, sera défavorable.

a) Dans un rapport du 3 juin 2004, les médecins de la Clinique romande de réadaptation (CRR) ont posé comme diagnostics primaires ceux de "Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)" et comme diagnostics secondaires ceux de "Contusion de l'épaule droite le 13 août 2003 avec déchirure complète de l'insertion distale du tendon du muscle sous-épineux (T 92.5), Acromioplastie et suture de la coiffe le 23 décembre 2003 (Z 98.8), Algodystrophie de l'épaule droit secondaire (M 89.0)". Ces médecins ont déclaré, au status d'entrée, avoir trouvé une patiente algique très démonstrative. De leur rapport, on extrait ce qui suit:

"La palpation est rapportée comme douloureuse surtout sur l'acromion, sur la coracoïde et sur la région supra-épineux. La mobilité de l'épaule en actif est limitée dans les quatre directions. Les mobilités passives sont un peu meilleures mais la douleur alléguée est trop importante et la patiente se laisse difficilement examiner.

[...]

Au total, on retient le diagnostic d'algoneurodystrophie de l'épaule D au stade I, secondaire à une déchirure complète de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux opéré. Cette algodytrophie explique très probablement une grande partie des douleurs et de la raideur de l'articulation de l'épaule D, mais il existe des facteurs extra-médicaux susceptibles d'expliquer une évolution aussi difficile (croyances, invalidité du mari à 100%).

Nous restons disponibles pour reprendre la patiente ici une fois la phase douloureuse passée. Des traitements plus agressifs (infiltrations, Blocs) ne sont pas envisageables chez cette patiente en raison des croyances.

Actuellement, la situation n'est pas stabilisée, l'évolution devrait être favorable, sauf si comme on peut le craindre un processus d'invalidation est en cours. En accord avec la patiente, nous estimons que la capacité de travail dans la profession actuelle est donc de 0%. Cette capacité devrait être réévaluée dans 6-8 semaines par un nouveau contrôle chez son médecin-traitant.
[...]

Traitement à la sortie:

Dafalgan 1 g cp 4x/j.

Miacalcic 200 mg spray matin et soir pendant encore 2 semaines, puis 1 push/j. pendant 7 jours, puis arrêt."

Selon un consilium psychiatrique effectué à la CRR le 26 avril 2004 par le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée ne présentait pas de pathologies psychiatriques.

Il ressort d'un rapport de la CNA du 7 avril 2004, établi par le Dr N._____, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie, ce qui suit:

"DECLARATIONS DE L'ASSUREE:

La patiente dit qu'elle va beaucoup moins bien qu'avant l'intervention.

Elle a de vives douleurs dans le moignon de l'épaule mais aussi dans la région latéro-cervicale droite jusque dans la colonne et elle n'arrive plus à bouger son bras. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes et la patiente a de la peine à dormir.

Jusqu'il y a 3 semaines, c'est sa fille qui la lavait. Actuellement, elle se débrouille avec l'aide de son mari. Elle n'arrive plus à faire son ménage ni à conduire sa voiture.

Un traitement de physiothérapie se poursuit à raison de 2 à 3 séances par semaine. La patiente prend des AINS qu'elle supporte mal. Elle doit reprendre contact avec le Dr R._____ après l'examen à l'agence.

Par ailleurs, la patiente est en bonne santé habituelle.

Originaire du Kosovo, la patiente est depuis 24 ans en Suisse. Elle dispose d'un permis C. Elle est mariée. Son mari est au bénéfice d'une rente AI dans les suites d'un accident. Il ne travaille pas du tout. La patiente a 3 enfants qui sont adultes mais dont deux sont encore à la maison.

EXAMEN CLINIQUE:

Il s'agit d'une patiente de 49 ans, paraissant un peu anxieuse et légèrement déprimée, apparemment en bonne santé.

Epaule droite:

La patiente n'utilise pas son MSD. Elle maintient son bras au corps, le coude fléchi. Elle ne bouge pas la main droite.

La ceinture scapulaire est équilibrée. Il n'y a pas d'amyotrophie significative de l'épaule droite.

L'épaule droite serait extrêmement douloureuse à la mobilisation dès qu'on décolle le bras du corps ou même lorsqu'on étend

simplement le coude. La patiente est prise de tremblements. Les signes du conflit sont ininterprétables et la coiffe des rotateurs n'est pas testable.

Activement, les mouvements sont à peine ébauchés. Passivement, les amplitudes articulaires sont nettement améliorables mais la patiente se défend immédiatement et vigoureusement.

APPRECIATION:

A la suite d'un traumatisme relativement banal, survenu le 13.8.03, cette patiente de 49 ans, qui travaille dans une cafeteria de la société X._____, originaire du Kosovo, droitère, a présenté, progressivement des omalgies droites.

Une arthro-IRM le 16.12.03 a montré une déchirure complète de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux et le 23.12.03, la patiente a eu une arthroscopie avec acromioplastie et suture de la coiffe.

Actuellement, à 3 mois et demi de cette intervention, la patiente dit qu'elle a de vives douleurs dans le moignon de l'épaule mais aussi dans la région latéro-cervicale droite jusque dans la colonne et qu'elle n'arrive plus à bouger son bras droit. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes, insomniantes.

Jusqu'il y a 3 semaines, c'est sa fille qui la lavait. Actuellement, elle se débrouille avec l'aide de son mari. Elle n'arrive plus à faire son ménage ni à conduire sa voiture.

A l'examen clinique, on se trouve confronté à une patiente peut-être un peu anxieuse et légèrement déprimée, qui n'utilise plus son membre supérieur droit, maintenant son bras au corps, le coude fléchi et la main immobile.

L'épaule droite serait extrêmement douloureuse à la mobilisation dès qu'on décolle le bras du corps ou même lorsqu'on étend simplement le coude. Les signes du conflit sont ininterprétables et la coiffe des rotateurs n'est pas testable. Activement, les mouvements sont à peine ébauchés et la patiente est prise de tremblements. Passivement, les amplitudes articulaires sont nettement améliorables, chez une patiente qui se défend immédiatement et vigoureusement et qui n'a rien perdu de sa musculature.

On conclut donc à une épaule hyperalgique et surtout à une attitude de protection du MSD après suture de la coiffe des rotateurs, qui n'est au mieux que très partiellement expliquée par un fond de capsulite rétractile et on peut suspecter que des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, jouent un rôle prépondérant dans cette évolution défavorable."

b) Le 1^{er} juillet 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations AI compte tenu de l'atteinte à son membre supérieur droit à la suite de l'accident du 13 août 2003.

Dans un rapport médical du 4 novembre 2004, le Dr G._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a posé comme diagnostics affectant la capacité de travail ceux de "Epaule droite gelée, Déchirure tendon sus-épineux et algoneurodystrophie". Il a également précisé ce qui suit:

"2. Quels sont, du point de vue médical, les handicaps fonctionnels?
a) Dans le domaine du travail (dernière activité)
Mobilisation de l'épaule dte limitée à 20° dans tous les plans.
Mobilisation très algique.

b) Au quotidien (trajet jusqu'au lieu de travail, tâches personnelles, conduite d'un véhicule, etc.)
Tâches ménagères difficiles, faites partiellement en plusieurs étapes, se fait aider par sa famille. Incapable de conduire.
c) Durant les loisirs (vacances, passe-temps, sport, etc.)
Toutes les activités sont limitées.
[...]

4. Les handicaps fonctionnels affectent-ils les capacités de l'assuré/e dans sa profession ou dans son domaine d'activité (capacité de travail)?
Oui. Incapacité de 100%.
Existant depuis le 23 décembre 2003.
[...]

9. Pronotic:
Réservé. L'évolution des épaules gelées est toujours longue, une récupération est possible à long terme (1 an?). Je suis inquiet face à son découragement et sa résignation."

Dans l'annexe de son rapport médical du 4 novembre 2004, le Dr G. _____ considère que l'activité habituelle n'est plus exigible, que la capacité de travail de l'assurée dans une telle activité ne pouvait être améliorée et que l'on ne saurait exiger l'exercice d'une autre activité.

Dans un avis médical du SMR du 7 février 2005, le Dr B. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu que, suite à l'opération chirurgicale du 23 décembre 2003, l'assurée avait développé une épaule gelée avec algodystrophie de l'épaule droite. L'évolution était difficile en raison de facteurs extra-médicaux, ainsi les croyances de l'assurée, qui redoutait de subir une infiltration ou un bloc de crainte de voir son bras rester paralysé. Selon le Dr B. _____, si l'assurée avait accepté le traitement par infiltration, son état de santé aurait pu connaître une amélioration plus rapide, sans toutefois que cela soit certain.

c) Dans un rapport d'examen du SMR du 13 avril 2005, le Dr B. _____ a retenu que l'atteinte principale à la santé consistait en une exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit dans le cadre d'un status après acromioplastie et suture de la coiffe des rotateurs pour

déchirure complète de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux le 23 décembre 2003 compliquée d'une algodystrophie de l'épaule droite. A son sens, l'incapacité de travail durable avait débuté le 13 août 2003. Il a conclu à une capacité de travail exigible de 85% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, retenant pour seule limitation fonctionnelle l'élévation du bras droit au-delà de 85°.

Le Dr B._____ a en outre considéré que l'évolution défavorable, en partie en raison de facteurs extra-médicaux, n'était en aucun cas due à une pathologie psychiatrique, se rapportant à cet égard au consilium psychiatrique du 26 avril 2004 effectué à la CRR.

Par courrier du 23 mai 2005, le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a informé le Dr B._____ qu'en date du 27 janvier 2005, il avait estimé que l'assurée pouvait reprendre son activité antérieure "dans une large mesure". A son sens, l'emploi à la cafétéria de la société X._____ pouvait, d'un point de vue strictement orthopédique, être repris à 80%, voire 90%, les limitations fonctionnelles concernant essentiellement les travaux en hauteur, plus précisément ceux exercés au-dessus de la ligne des épaules, travaux relativement rares dans l'activité habituelle de l'assurée.

B. Par décision du 31 mai 2005, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, retenant un taux d'incapacité de 15% excluant le droit aux prestations.

Le 29 juin 2005, par son mandataire Asllan Karaj, l'assurée a fait opposition contre cette décision. Faisant valoir une péjoration de son état de santé et la nécessité d'une réévaluation de son cas, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de son opposition, elle a produit un rapport médical du 21 juin 2005 de la Dresse M._____, spécialiste FMH en neurologie, ainsi qu'un rapport du 16 juin 2005 du Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, médecins auxquels l'assurée avait été adressée par son médecin traitant.

Dans un avis médical du SMR du 28 août 2006, le Dr B. _____, a retenu ce qui suit:

"Comme le relève le Dr N. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son rapport du 27.01.05, il existe une exclusion fonctionnelle du membre supérieur D, à savoir une non-utilisation du membre supérieur D pour des facteurs extra-médicaux. Par ailleurs, cette non-utilisation du membre supérieur D n'est pas continue, puisque ce dernier ne relève pas, lors de cet examen de janvier 2005, des troubles trophiques du membre supérieur D comme une atrophie musculaire de non-utilisation. Par ailleurs, le Dr N. _____ ne trouve plus de signes d'algoneurodystrophie active comme une hypersudation ou une tuméfaction de la main. D'ailleurs, les radiographies, qu'il pratique à cette date, ne montrent plus la légère déminéralisation mouchetée de la tête humérale D qui avait été détectée sur les radiographies pratiquées à la Clinique Romande de Réadaptation, le 26.04.04. Ainsi, ces radiographies de janvier 2005 ne parlent donc plus pour une algoneurodystrophie active. Ainsi, comme le relève le Dr N. _____, il n'y a plus de problèmes objectifs en janvier 2005 qui puissent expliquer l'exclusion du membre supérieur D. Comme il le relève, cette exclusion est liée de manière prépondérante à des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, comme il l'avait d'ailleurs déjà suspecté dans son rapport du 07.04 et du 08.09.04.

En effet, en septembre 2004, bien que l'assurée ne pouvait lever son bras D activement, le Dr N. _____ est arrivé à l'élever passivement au-dessus de la ligne des épaules en la distayant. Par ailleurs, lors de cet examen, le Dr N. _____ a pu également constater que l'aisselle D était parfaitement épilée, ce qui parle également pour la possibilité d'une bonne mobilisation de l'épaule.

D'ailleurs, d'autres médecins ont relevé soit le caractère caricatural de l'impotence fonctionnelle (Dr R. _____, chirurgien de l'assurée, dans son rapport du 10.08.04), soit le côté très démonstratif de l'assurée (médecins de la CRR qui relèvent d'ailleurs aussi des facteurs extra-médicaux dans leur lettre du 03.06.04). Ainsi, si la mobilité des épaules peut se faire au-dessus de la ligne des épaules en passif et que l'exclusion du membre supérieur D a des explications extra-médicales en présence d'une algoneurodystrophie qui n'est de toute évidence plus active, la capacité de travail est donc totale dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles (pas d'élévation du bras D à plus de 85°).

Par ailleurs, l'activité de l'assurée comme employée de cafétéria tenant compte de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail n'est pas réduite de plus de 15%.

Dans l'opposition que fait l'assurée à notre décision, son avocat note une aggravation de l'état de santé. Cependant, le rapport de la Dresse M. _____ du 21.06.05 est plutôt rassurant, puisqu'il ne met pas en évidence de déficit neurologique notable et que l'EMG du membre supérieur D est normal.

Pour ce qui est du rapport du Dr P. _____ du 16.06.05, nous sommes étonnés de constater que ce dernier relève des signes d'algoneurodystrophie (hypersudation et discoloration) qui n'étaient déjà plus présents en janvier 2005 selon le rapport du Dr N. _____. Cela paraît d'autant plus étonnant que les radiographies de l'épaule

D de janvier 2005 ne montraient déjà plus d'algoneurodystrophie active. Le Dr P._____ signale aussi une importante limitation de la mobilité de l'épaule D, mais cependant sans préciser s'il s'est contenté de mesurer la mobilité active sans contrôler la mobilité passive comme le Dr N._____. On peut d'ailleurs craindre que ce soit le cas, puisque c'est le seul médecin avec le Dr G._____, qui n'ait pas constaté la présence de facteurs extra-médicaux à la limitation de la mobilité.

Par ailleurs, il faut souligner que l'évolution naturelle d'une algoneurodystrophie et son extinction progressive se font habituellement en 12 à 24 mois. Ainsi, il n'est pas logique qu'une algoneurodystrophie éteinte en janvier 2005 soit à nouveau présente en juin 2005.

De toute manière, le Dr P._____ propose de pratiquer une IRM de contrôle et une scintigraphie osseuse. Ces examens permettront donc de conclure définitivement à la présence ou à l'absence de complications post-opératoires (adhérence de la coiffe des rotateurs après réparation) ainsi que d'une maladie de Südeck (ou algoneurodystrophie).

Par ailleurs, il faut relever que contrairement à ce que dit le Dr P._____, le traitement de physiothérapie de type S a déjà bien été pratiqué à la Clinique Romande de Réadaptation. Par ailleurs, comme signalé plus haut, l'évolution défavorable que signale le Dr P._____ peut très bien s'expliquer par les facteurs extra-médicaux, vu que la douleur est une notion purement subjective et que la mobilité de l'épaule D peut paraître très mauvaise, lorsque l'on ne la teste qu'activement chez une assurée présentant des facteurs extra-médicaux. D'ailleurs, le manque d'atrophie du membre supérieur D et l'aisselle D épilée relevées lors des examens précédents chez le Dr N._____ parlent pour l'utilisation de ce bras D et la possibilité d'une élévation de ce dernier à plus de 90°, déjà en septembre 2004. Ainsi, on peut retenir cette date comme date du début d'aptitude à la réadaptation.

Par ailleurs, une IRM de contrôle de l'épaule D et une scintigraphie osseuse ayant été proposées, nous demandons à l'administration de demander au Dr G._____, si ces examens ont été pratiqués et quels en ont été les résultats. Il faudra également lui demander une copie des rapports de ces examens et si le Dr F._____, rhumatologue, a été également consulté pour cette assurée, auquel cas un rapport médical devra être également envoyé au Dr F._____."

Dans un avis médical du SMR du 26 juillet 2007, le Dr B._____ a relevé que la mise en œuvre d'une nouvelle IRM de l'épaule, afin d'exclure toute complication post-opératoire, ainsi que d'une scintigraphie osseuse, pour exclure une maladie de Südeck, n'avait pas eu lieu en raison du fait que ces mesures avaient probablement été jugés inutiles par le médecin traitant. Il a relevé que l'assurée n'avait plus consulté son médecin traitant, le Dr G._____, depuis septembre 2005; elle n'avait en outre pas signalé l'aggravation de son état de santé à la CNA, ni bénéficié d'une rente d'invalidité de cette assurance, ni recouru

contre la décision de celle-ci du 19 juin 2006 refusant de lui reconnaître une invalidité. Estimant qu'en l'absence d'une pathologie objective, l'OAI se trouvait lié par les constatations de la CNA, le Dr B._____ a préavisé pour le rejet de l'opposition, un examen médical complémentaire étant selon lui inutile.

c) Par décision sur opposition du 4 décembre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Se référant aux deux rapports médicaux produits à l'appui de l'opposition, l'OAI a considéré que celui de la Dresse M._____ était plutôt rassurant, puisque ce médecin n'avait pas mis en évidence de déficit neurologique notable et que l'EMG du membre supérieur droit était normal. S'agissant du rapport du Dr P._____, son avis ne pouvait être suivi dans la mesure où il se fondait sur la mobilité active du membre supérieur droit sans contrôle de la mobilité passive. Quant à l'évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée, elle pouvait s'expliquer par des facteurs extra-médicaux.

C. **a)** Par acte du 11 janvier 2008, C._____ a recouru contre la décision sur opposition du 4 décembre 2007. Elle soutient être incapable d'exercer une activité lucrative, même adaptée. Elle invoque la présence d'une douleur importante par sa gravité, son acuité et sa durée, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitement ambulatoire ou stationnaire conformément aux règles de l'art, cela en dépit de son attitude coopérative. Elle conclut à l'annulation de la décision entreprise, subsidiairement à la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 70% et de l'octroi d'une rente d'invalidité complète.

b) Par réponse du 29 février 2008, l'OAI a renoncé à se déterminer et a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est en outre recevable en la forme (art. 60 LPGA).

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité de la recourante.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une

partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 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.

Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du

médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1; TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 3.2), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

c) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'entreprendre un complémentaire d'instruction lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

4. a) En l'espèce, la recourante fait en substance valoir que l'OAI n'a pas correctement évalué son état de santé, lui reprochant de faire siennes les constatations médicales et les conclusions retenues par le Dr N._____ de la CNA en janvier 2005, pourtant contredites par les avis des médecins M._____ et P._____ rendus en juin 2005. L'intimé lui oppose, en résumé, une étude attentive de toutes les pièces médicales versées au dossier, une synthèse rigoureuse de ces avis et une solution juridique dûment motivée au regard de cette synthèse.

b) La recourante n'invoque aucun avis ou rapport médical qui aurait été rendu postérieurement à ceux invoqués dans le cadre de son opposition du 29 juin 2005. Elle n'allègue au surplus pas avoir poursuivi ou poursuivre encore un traitement, ni ne renseigne sur des médecins qui auraient pu, depuis dite opposition, étayer son argumentation. Ainsi, le litige ne porte pas sur le caractère complet de l'instruction sur le plan médical, mais revient à départager les avis médicaux divergents versés au dossier.

c) Certes, les suites de l'intervention chirurgicale de décembre 2003 n'ont pas été jugées favorables, et la situation n'était pas encore stabilisée, lorsque les médecins de la CRR ont rendu leur rapport le 3 juin 2004. Le médecin traitant G._____ a par ailleurs considéré, le 4 novembre 2004, que la reprise d'une quelconque activité n'était pas envisageable. Ce médecin a toutefois pronostiqué une récupération à long terme, tout en se déclarant inquiet face au découragement et à la résignation de l'assurée. Ainsi, à réception du rapport du Dr N._____ de la CNA du 27 janvier 2005 - lequel retenait la disparition de facteurs objectifs pouvant expliquer l'exclusion du membre supérieur droit, respectivement le constat d'une mobilisation possible du membre atteint - , et alors même que les médecins précédemment consultés avaient relevé la présence de facteurs extra-médicaux propres à expliquer la persistance des plaintes de l'intéressée, le Dr B._____ du SMR ne s'est pas perdu en hypothèses ou en conjectures, dans son avis du 13 avril 2005, en retenant que la recourante disposait à nouveau d'une mobilité suffisante de son épaule. Il s'en est par ailleurs assuré en interpellant à nouveau le Dr N._____ qui, par avis du 23 mai 2005, lui a confirmé la reprise possible de l'activité antérieure à 80% ou 90%, ne voyant de limitation fonctionnelle que dans un travail exercé au-dessus de la ligne des épaules. La décision rendue le 31 mai 2005 par l'OAI trouvait donc un fondement médical, tout comme celle que rendra la CNA le 16 mars 2006 en niant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident.

Cela étant, c'est dans le cadre de son opposition du 29 juin 2005 que l'assurée a fait valoir les avis médicaux des deux médecins M._____ et P._____, rendus en juin 2005. Or, contrairement à ce qu'elle soutient, on ne saurait reprocher au SMR de ne pas avoir pris ces deux avis en considération. En effet, à réception de ceux-ci, l'instruction a été reprise sur le plan médical, en invitant les médecins concernés, ainsi que le Dr G._____, à informer l'OAI du résultat des examens complémentaires qui avaient été préconisés, à savoir une IRM et une scintigraphie osseuse, mesures réputées propres à établir l'exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit. C'est au terme d'une synthèse particulièrement claire et complète, effectuée dans son avis du 28 août

2006, que le Dr B._____ fera procéder à l'interpellation des médecins concernés, afin de rendre compte d'une pathologie objective, respectivement de complications post-opératoires ou d'une maladie de Südeck. Or, les actes de la procédure d'instruction versés au dossier constitué démontreront que c'est en vain que ce complément d'instruction a été entrepris. En effet, interpellé à deux reprises, le Dr G._____ se bornera à répondre qu'il n'a plus reçu sa patiente en consultation depuis septembre 2005, ignorant si les examens complémentaires proposés avaient été effectués. Quant au Dr F._____, rhumatologue à la clinique [...], il n'a pas répondu à la demande réitérée de l'office. Ce n'est qu'après avoir obtenu confirmation du fait que l'assurée n'avait pas recouru contre la décision de refus de rente de la CNA, ni n'avait annoncé d'aggravation de son état de santé à cet assureur, que le Dr B._____, dans un rapport de synthèse final établi le 7 juillet 2007, a considéré qu'en l'absence d'avis médicaux actualisés postérieurs à la décision de la CNA, il fallait considérer que l'assurée ne présentait pas de pathologie strictement médicale excluant la reprise de son activité, comme retenu par le Dr N._____.

Cela étant, on ne saurait considérer que les conclusions du Dr B._____ se trouvent totalement infirmées par la Dresse M._____, laquelle avait estimé que la situation médicale était plutôt rassurante en l'absence de déficit neurologique notable et en présence d'un EMG normal, ou par le Dr P._____ dans la mesure où celui-ci avait omis de procéder à un contrôle de la mobilité passive de l'assurée. Quant au Dr G._____, il n'a pas défini les limitations objectives de sa patiente, ni motivé l'incapacité de travail retenue, n'ayant du reste prescrit pour seul traitement que la prise d'Aspégic. Enfin, s'il n'est pas contesté que la recourante n'ait pas présenté d'atteinte d'ordre psychique, il est admis qu'elle s'est montrée particulièrement démonstrative dans l'expression de ses plaintes, se défendant vigoureusement lors des examens alors même que les mouvements d'amplitude sollicités s'avéraient nettement améliorables. Ainsi, il n'y avait pas à exclure que des facteurs extra-médicaux puissent expliquer la limitation de la mobilité du membre supérieur droit.

Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à l'OAI de s'être fondé sur les conclusions du Dr B._____, lequel estimait à juste titre devoir s'aligner sur les conclusions de la CNA, sauf à offrir le constat inacceptable de résultats contradictoires. Un tel reproche s'avère d'autant moins justifié que, dans le cadre de la procédure de recours devant le tribunal de céans, l'intéressée n'a fait valoir aucun avis ou rapport médical actualisé permettant de retenir une pathologie objectivement invalidante, ni n'a offert de motifs qui justifieraient de s'écarter des conclusions du SMR et de la CNA. Les conclusions de ces derniers, telles que reprises par l'intimé, seront donc préférées à celles des médecins traitant concernés.

Partant, on retiendra que la recourante, apte à la réadaptation dès septembre 2004, ne présentait plus de facteur objectif permettant d'exclure l'utilisation du membre supérieur droit de sorte que, avant l'échéance du délai de carence d'une année, elle ne présentait plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée, respectivement d'incapacité de travail supérieure à 15% dans son activité habituelle.

5. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée en conséquence.

La présente procédure de recours donnant lieu à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), ceux-ci sont arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 49 LPA-VD), sans allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 4 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de C._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à:

- Asslan Karaj (pour C._____),
- 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).

Le greffier: