

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 576 vom 11. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_576](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__576)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 576 du 11 septembre 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 576 del 11 settembre 2017

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, DÉCISION DE RENVOI, ADMISSION PARTIELLE | 29 Cst., 28 LAI, 17 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.09.2017 Arrêt / 2017 / 576

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, DÉCISION DE RENVOI, ADMISSION PARTIELLE | 29 Cst., 28 LAI, 17 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 327/16 - 257/2017 ZD16.052646 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 11 septembre 2017 \_\_\_\_\_ Composition : M. Métral , président  
Mme Feusi et Mme Rossier, assesseuses Greffière : Mme Simonin \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : F. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Louis Collart,  
avocat à Genève, et Y. \_\_\_\_\_ , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 28 LAI, 88a al.  
1 RAI, 6, 7, 8, 17 LPGA, 29 al. 1 et 2 Cst E n f a i t : A. a) F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée  
ou la recourante), née le [...] 1974, a déposé, le 20 avril 2009, une demande de prestations  
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI),  
indiquant qu'elle avait subi une distorsion cervicale lors d'un accident de la circulation le 1  
er novembre 2008. Elle a notamment précisé dans sa demande être divorcée, mère de deux  
enfants, nés en 2000 et 2002, et avoir travaillé comme assistante de direction à 80% du 17  
septembre 2007 au 31 mai 2008 auprès de M. \_\_\_\_\_, puis du 1 er juin au 30 septembre  
2008 auprès d'I. \_\_\_\_\_. b) L'OAI a demandé la production du dossier de l'assurée auprès  
de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Il en ressort  
que la Caisse de chômage [...] a complété le 23 décembre 2008 une déclaration de sinistre  
LAA pour les chômeurs, l'assurée étant inscrite au chômage depuis le 1 er octobre 2008, son  
droit au chômage étant toutefois en cours d'éclaircissement. Selon le rapport de police de la  
Gendarmerie vaudoise du 2 novembre 2008, les circonstances de l'accident sont les  
suivantes : " Mme F. \_\_\_\_\_ circulait au volant de son auto, en direction de Genève, feux  
de croisement enclenchés, à une vitesse de 120 km/h environ. Alors qu'elle circulait sur la  
voie gauche, en dépassement, elle remarqua dans son rétroviseur central un véhicule qui  
s'approchait à vive allure. Une fois rejointe, cet automobiliste inconnu la talonna et lui fit  
des appels de phares. Dès lors, Mme F. \_\_\_\_\_ se déplaça sur la voie droite, pour laisser  
dépasser le pilote de la VW. Après avoir effectué son dépassement, ce dernier se rabattit  
devant Mme F. \_\_\_\_\_, à courte distance, et freina fortement, obligeant cette conductrice  
à faire de même. Afin d'éviter le choc, elle donna un coup de volant à gauche, puis à droite.  
Suite à sa manoeuvre, elle perdit la maîtrise de sa machine, laquelle traversa les voies de

circulation et percuta le talus longeant le bord droite de la chaussée. Lors de son embardée, elle endommagea une clôture métallique, un panneau de signalisation et la glissière de sécurité, même côté, contre laquelle l'auto finit son embardée. Quant au conducteur inconnu, il poursuivit sa route sans se faire connaître et sans se soucier si cet accident avait occasionné des blessures ". L'assurée s'est présentée au Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ (ci-après : le H. \_\_\_\_\_) le 2 novembre 2008, d'où elle est ressortie la même nuit (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 29 décembre 2008 entre la CNA et l'assurée). Par certificat médical du 5 novembre 2008, le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, médecin au H. \_\_\_\_\_, a attesté une incapacité totale de travail du 3 au 16 novembre 2008. Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale de l'assurée du 5 novembre 2008, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésion traumatique cervicale osseuse et ligamentaire. Il n'y avait pas non plus de luxation ou subluxation facettaire, en particulier C6-C7 droite, ni de hernie discale post-traumatique ou de myélopathie. Dans un rapport médical du 23 novembre 2008, la Dresse [...], médecin auprès des Urgences du H. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué une entorse cervicale avec suspicion de contusion médullaire et constaté la présence d'une hyposensibilité mal systématisée aux membres supérieur et inférieur droits. Par certificats médicaux successifs des 19 novembre 2008, 16 décembre 2008 et 9 janvier 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté que l'incapacité de travail de l'assurée se poursuivait à 100% du 16 au 30 novembre 2008, du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2008, puis du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2009. Par courrier du 8 janvier 2009, la CNA a annoncé à l'assurée qu'elle prenait le cas en charge (frais de traitement et indemnités journalières), sous réserve du jugement à rendre prochainement par le Tribunal d'arrondissement [...]. En effet selon ce jugement, il reviendrait éventuellement à la L. \_\_\_\_\_, assureur LAA de son dernier employeur, d'intervenir. Dans un rapport médical du 6 février 2009 à la CNA, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de traumatisme cervico-brachial suite à un accident de voiture et de trouble dépressif majeur. Il a précisé que sa patiente subissait des douleurs cervico-brachiales bilatérales persistantes et qu'un trouble anxio-dépressif avait décompensé depuis l'accident. Il a précisé que quelques mois avant l'accident, elle avait déjà présenté un trouble dépressif dont elle était sortie au moment de cet événement. Elle était actuellement en thérapie et prenait un antidépresseur. A la demande du médecin d'arrondissement de la CNA, l'assurée a été examinée le 13 mars 2009 par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 16 mars 2009, celui-ci a apprécié la situation de la manière suivante : " Mme F. \_\_\_\_\_ est une patiente jusqu'ici en bonne santé habituelle victime d'un grave accident de la circulation au cours duquel son véhicule a quitté l'autoroute avec un dommage total. Lors de l'accident susmentionné, Mme F. \_\_\_\_\_, qui n'a pas perdu connaissance, a été victime d'un mouvement d'extension-flexion forcée de la nuque et d'un choc direct de la tête contre l'airbag et l'appuie-tête. Il y a eu également vraisemblablement quelques autres chocs directs notamment sur les genoux. Néanmoins, les examens pratiqués n'ont pas révélé d'atteinte traumatique grave avec notamment pas de fracture, de contusion interne et de plaie superficielle. Dans les suites de l'événement accidentel, Mme F. \_\_\_\_\_ a développé un tableau tout à fait classique de syndrome après distorsion cervicale, éventuellement commotion cérébrale, avec des cervico-céphalalgies, des sensations vertigineuses, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité et quelques troubles de la vue. L'état somatique s'est visiblement compliqué d'une décompensation anxio-dépressive, voire d'un état de stress post-traumatique. Jusqu'ici, l'évolution des troubles est peu favorable, ceci dans un contexte professionnel

difficile. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle une nuque de mobilité très légèrement limitée, dont la mobilisation est un peu sensible localement, avec des muscles para-cervicaux et un chef supérieur du trapèze bilatéralement modérément contracturés et sensibles. Pour le reste l'examen clinique est sans anomalie hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse hémi-corporelle gauche (épargnant la face) déjà notée lors de l'examen initial au H.\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, patiente tout à fait collaborante, mais visiblement tendue et nerveuse, décompensée par l'événement accidentel. L'EEG confirme l'impression clinique en montrant un tracé normal, mais de bas voltage et surchargé de nombreux artéfacts musculaires comme on peut le rencontrer chez les sujets tendus et anxieux. Je n'ai pas eu accès aux documents radiologiques eux-mêmes, mais j'ai pris note des rapports radiologiques figurant au dossier et aimablement transmis par le médecin traitant concluant à l'absence de lésion traumatique majeure au niveau cérébral, cervical et des organes internes. Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il ne fait guère de doute que Mme F.\_\_\_\_\_ a été victime lors de l'accident du 1.11.2008 d'une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force possiblement associée à une petite commotion cérébrale. Nous n'avons aucun élément pour conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur. La symptomatologie apparue dans les suites de l'événement accidentel est tout à fait typique d'un syndrome après distorsion cervicale/commotion cérébrale. Actuellement, il ne semble n'y avoir pas d'amélioration significative de la situation par rapport à l'état post-traumatique immédiat. Cette absence d'amélioration est liée d'une part à l'importance de l'événement accidentel et vraisemblablement également d'autre part à des facteurs annexes secondaires à la situation professionnelle de la patiente et possiblement à un certain degré d'état de stress post-traumatique. Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuel auquel on devrait associer une tentative de reprise de la physiothérapie. Selon l'évolution, une prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental pourrait se concevoir. Théoriquement, on aurait pu songer à un bref séjour à la [...] [clinique [...]], mais la patiente n'acceptera pas cette proposition compte tenu de ses enfants. Sur le plan de la capacité de travail, Mme F.\_\_\_\_\_ reste visiblement actuellement encore en incapacité de travail complète suite aux conséquences de l'événement accidentel. Il est bien entendu trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle perte à l'intégrité. En cas de persistance de troubles et d'une incapacité de travail de durée prolongée, la situation pourrait être réappréciée. En ce qui concerne le pronostic, d'un point de vue strictement neurologique, ce dernier est bon à moyen et long terme ". Dans un rapport du 28 mai 2009 au médecin conseil de la CNA, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué qu'il avait vu l'assurée à la demande du Dr S.\_\_\_\_\_ une première fois le 28 mars 2008 dans le cadre d'un contexte professionnel difficile, puis pour la seconde fois également à la demande de ce dernier, le 17 avril 2009, pour une nouvelle évaluation. Il a diagnostiqué une péjoration de l'état dépressif de l'assurée, consécutif à l'accident. Il a fait état du tableau psychopathologique suivant : " La patiente est orientée dans le temps, l'espace et par rapport à elle-même avec présence d'idées noires, thymie triste, troubles du sommeil, réveils fréquents, perte de l'élan vital, anhédonie, ainsi que des difficultés à effectuer des activités de la vie quotidienne et présence de trouble de l'attention, de la mémoire, manque d'estime de soi, sentiment de culpabilité et isolement social. On observe également une anxiété de fond avec des éléments anticipatoires mais pas d'éléments de la lignée de type troubles paniques. Pas d'éléments de type troubles obsessionnels compulsifs, ni d'éléments de type stress post-traumatique. On n'observe pas non plus d'éléments de la

lignée psychotique ". c) Dans un rapport du 7 août 2009 à l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une distorsion cervicale degré II selon Québec Task Force depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008 et un trouble dépressif majeur récurrent dont le dernier épisode durait depuis décembre 2008. Il a indiqué que l'assurée était incapable de travailler à 100% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008 dans son activité habituelle d'assistante de gestion. Il a expliqué que depuis le mois de décembre, elle présentait une thymie triste, une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil et de l'appétit ainsi que des troubles de l'attention et de la concentration, sans idées de mort. En raison des troubles de l'attention et de la concentration, elle ne parvenait pas à assumer pleinement ses tâches quotidiennes et ses parents l'aidaient pour la soulager. Un traitement antidépresseur de type SSRI avec anxiolytique avait été introduit, mais avec une réponse très partielle. Actuellement les symptômes dépressifs persistaient malgré le traitement médicamenteux, avec un sommeil perturbé même sous hypnotique, lequel n'était pas augmenté en raison de la sédation qui en résultait la journée. Les douleurs cervicales et dorsales étaient toujours présentes malgré la médication antalgique et la physiothérapie. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a précisé qu'avant l'accident, la patiente avait une pleine capacité de travail et se trouvait dans une période de stabilité psychique qui lui avait permis de travailler [...] et de prendre un appartement dans la région [...]. Par un envoi du 5 octobre 2009, la L. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI deux nouveaux rapports du Dr T. \_\_\_\_\_, qui avaient été demandés par l'assureur-accidents. Dans le premier rapport du 17 août 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu la patiente ce jour et que la situation était subjectivement et objectivement superposable à celle de son examen de mars 2009. Il a rappelé le diagnostic de distorsion cervicale simple de degré II. Selon lui, l'évolution défavorable du cas s'expliquait en grande partie par les facteurs psychologiques en relation avec les circonstances de l'accident et la situation professionnelle et personnelle de la patiente. En dehors d'un séjour à la [...], le neurologue ne voyait pas ce qui pouvait être proposé à la patiente, si ce n'était la poursuite du traitement actuel. A son sens, l'élément fondamental du traitement était une approche cognitivo-comportementale visant à sécuriser la patiente et à l'accompagner dans la reprise progressive d'une activité professionnelle lui permettant de reprendre confiance en elle et de « voir le futur ». Sur le plan de la capacité de travail, une reprise du travail avec encadrement paraissait nécessaire. A cet égard, il a précisé, dans le second rapport du 14 septembre 2009, que s'agissant de la capacité de travail médico-théorique prenant en compte les éléments physiques et psychiques, la capacité de travail de l'assurée était encore nulle. En ce qui concernait les seuls facteurs somatiques en lien de causalité naturelle avec l'accident, la capacité de travail médico-théorique était complète. Dans un rapport du 30 octobre 2009 à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait pris en charge la patiente du 17 avril au 16 octobre 2009. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent, le dernier épisode remontant à décembre 2008 et de distorsion cervicale de degré II depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008. Actuellement, les symptômes dépressifs persistaient malgré le traitement médicamenteux, le sommeil était perturbé même sous hypnotiques, elle avait des troubles de l'attention et de la concentration et présentaient également des douleurs cervicales et dorsales malgré le traitement antalgique, médicamenteux et physiothérapeutique. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était incapable de travailler à 100% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2008 jusqu'à maintenant dans son activité habituelle. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a précisé que s'agissant des travaux qui pouvaient encore être exigés de la personne assurée, il fallait se référer aux indications du Dr T. \_\_\_\_\_, puisque la patiente présentait avant tout un problème neurologique. En réponse à une nouvelle demande de questionnaire de l'OAI, le Dr

T.\_\_\_\_\_ a répondu, le 16 novembre 2009, qu'il ne pouvait pas y répondre, puisqu'il n'avait examiné l'assurée que ponctuellement. Il suggérait que soit effectuée une expertise pluridisciplinaire avec des volets neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. d) Par décision du 15 décembre 2009, la L. \_\_\_\_\_ a conclu qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les troubles actuels de l'assurée et l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au plus tard depuis le 30 novembre 2009 compte tenu des rapports du Dr T. \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2009 et du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2009. e) Une expertise pluridisciplinaire, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique a été réalisée à la demande de l'OAI (communication du 21 mai 2010), les 23 et 27 septembre 2010, par les Drs G. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, la Dresse en psychologie et neuropsychologie P. \_\_\_\_\_, ainsi que la Dresse W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, du D. \_\_\_\_\_ (ci-après : D. \_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 10 mai 2011, les experts ont posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique F33.10 (premier épisode début 2008, deuxième épisode dès décembre 2008), troubles attentionnels et troubles légers de l'accès lexical ainsi que symptomatologie post-traumatique dite subjective d'intensité légère CIM 10, F07.2. Les experts ont également diagnostiqué un status après distorsion cervicale T06.0, sans effet sur la capacité de travail de l'assurée. Ils ont apprécié la situation de la manière suivante : " ASPECT SOMATIQUE Neurologique Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, divorcée, mère de deux enfants, qui a une formation universitaire en communication, en BSH, victime, en novembre 2008, d'un accident de la circulation dans des circonstances assez traumatisantes (accident en présence des enfants ayant été provoqué par un chauffard qui a fui et qui n'a jamais été retrouvé). Le choc a provoqué une distorsion cervicale en flexion/extension, possiblement associée à une commotion cérébrale ; l'évolution a été plutôt défavorable car malgré une diminution de certains symptômes, il persiste encore, sur le plan neurologique, des vertiges et des troubles visuels associés à des troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration. Il s'agit d'une symptomatologie classique du syndrome « post-distorsion cervicale ». Toutefois les divers examens neuroradiologiques (CT-scan cérébral, CT-scan cervical, IRM cervicale) et électrophysiologiques (EEG) ainsi que l'examen neurologique sont dans les limites de la norme hormis une discrète raideur cervicale dans le cadre de tendinomyogélose et des troubles sensitifs fascio-brachio-cruraux gauches purement subjectifs, concernant uniquement les modalités tacto-algique, d'allure fonctionnelle (symétrie du réflexe cornéen malgré l'hypoesthésie subjective hémifaciale gauche et localisation globale de l'hypoesthésie même au niveau du tronc respectant la ligne médiane). Il s'agit de troubles subjectifs dont on ne peut pas, sur une base purement neurologique, expliquer la persistance pratiquement deux ans après l'accident. Il y a donc certainement d'autres facteurs extraneurologiques qui doivent être pris en considération. Neuropsychologique La symptomatologie neuropsychologique est légère et diffuse, elle ne traduit pas de localisation ni de latéralisation cérébrale. Elle comprend de légers troubles attentionnels et de l'accès lexical associés à des plaintes cohérentes entre elles traduisant une symptomatologie post-traumatique dite subjective observée lors des syndromes post-commotionnels au sens de la CIM 10. F07.2. L'ensemble du tableau traduit une souffrance cérébrale diffuse, légère, compatible avec des séquelles d'un probable ébranlement cérébral subi lors de l'accident du 02.11. 2008. Le pronostic est favorable. ASPECT PSYCHIATRIQUE Limitations, répercussions sur la capacité de travail L'expertisée n'a pas eu d'antécédent psychiatrique jusqu'à fin 2007. Dès cette époque, elle

présente un trouble de l'adaptation évoluant en un épisode dépressif majeur isolé dans un contexte de difficultés professionnelles (licenciement annoncé pour fin mai 2008) et des problèmes familiaux (mère sous chimiothérapie). Madame F. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_ ; le 28.03.2008, ce dernier l'adresse au Dr Z. \_\_\_\_\_, psychiatre, pour une évaluation. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ retient un diagnostic d'épisode dépressif majeur, épisode isolé et propose une médication d'escitalopram ( [...] 10 mg/jour) et zopiclone ( [...] 7,5 mg). L'évolution est favorable avec rémission de l'épisode dépressif. Dès décembre 2008, dans les suites de l'accident de voiture du 1<sup>er</sup> novembre 2008, Madame F. \_\_\_\_\_ présente une thymie triste, une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles de l'attention et de la concentration. Le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin traitant, introduit un traitement anti-dépresseur en raison du peu de réponse, l'expertisée est réadressée au Dr Z. \_\_\_\_\_ dès le 17.04.2009. Ce dernier met en évidence des idées noires, une thymie triste, des troubles du sommeil, des réveils fréquents, une perte de l'élan vital, une anhédonie, des difficultés à effectuer les activités de la vie quotidienne, un manque d'estime de soi et un sentiment de culpabilité. Il conclut à une péjoration de l'état dépressif consécutive à l'accident. Le traitement d'escitalopram ( [...] 10 mg/jour) associé à un inducteur du sommeil est poursuivi. Le 30.10.2009, dans un rapport médical à l'intention de l'AI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ retient les mêmes symptômes et la persistance d'une incapacité de travail entière. A l'examen clinique de ce jour, Madame F. \_\_\_\_\_ présente une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi, une augmentation de l'appétit (mets sucrés avec prise pondérale), un sentiment de culpabilité et de dévalorisation et des troubles du sommeil (difficultés de l'endormissement et réveils fréquents). Ces symptômes correspondent à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Madame F. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de psychose, de trouble de personnalité ou de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Le fonctionnement au quotidien est maintenu. Madame peut gérer ses enfants et son ménage à son rythme. Perspectives thérapeutiques et pronostic S'agissant d'un deuxième épisode dépressif entrecoupé d'une période de rémission, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique peut être retenu. Les limitations sont l'abaissement de la thymie, l'anhédonie, le manque d'estime de soi et les ruminations. Ces limitations interfèrent de 30% dans une activité à plein temps. Une augmentation du traitement de [...] permettrait une amélioration de la thymie. Le pronostic paraît favorable pour autant que Madame [...] bénéficie d'une aide au placement ". Les experts ont de plus estimé qu'au plan physique, les discrètes limitations observées n'atteignaient pas le seuil d'une incapacité de travail durable. Au plan psychique et mental, ils ont indiqué qu'il y avait des limitations en lien avec le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, à savoir : abaissement de la thymie, anhédonie, manque d'estime de soi et ruminations. Ils ont également observé qu'il y avait un retrait social. Ils ont précisé qu'au plan physique, il y avait eu une incapacité de travail de 100% de décembre 2008 à décembre 2010, deux ans après l'accident. En juin 2011, à deux ans et demi de l'accident, en l'absence de lésion atteignant un seuil incapacitant, il n'y avait plus d'incapacité de travail. Au plan psychique, la capacité de travail été évaluée de la manière suivante : " De décembre 2008 au printemps 2010, incapacité de travail de 70%. Dès le printemps 2010 (amélioration partielle de la thymie) jusqu'au printemps 2011, incapacité de travail de 30% ". Les experts ont également indiqué que moyennant la poursuite d'une psychothérapie et l'augmentation du traitement

antidépresseur, la thymie devrait s'améliorer et permettre la récupération d'une capacité de travail entière dans les six mois. A la demande du 25 mai 2011 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), les experts ont complété leur expertise le 9 janvier 2012. Ils ont précisé qu'au plan psychiatrique, la capacité de travail était de 30% du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au printemps 2010 en raison du trouble dépressif récurrent, épisode alors moyen à sévère avec syndrome somatique, puis que dès le printemps 2010 la thymie s'était améliorée et que l'assurée avait présenté dès cette époque un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans syndrome somatique, entraînant une incapacité de travail de 30% jusqu'au rendu de l'expertise. Les experts ont en outre répondu comme suit aux questions du Dr Q. \_\_\_\_\_ :

"3) Est-ce qu'il a existé une incapacité de travail totale du point de vue neurologique depuis l'accident du 01.11.2008 et jusqu'en décembre 2010 ? Réponse de l'expert : IT [incapacité de travail] neurologique : depuis l'accident, il existe une IT neurologique que nous avons admise jusqu'en décembre 2010, qui relève de la maladie. Il est difficile, dans ces cas où les plaintes subjectives l'emportent sur les plaintes objectives et où une comorbidité psychiatrique intervient, de faire la part des choses. L'expert neurologue a tenu compte de l'examen neuropsychologique qui fait état de difficultés attentionnelles et d'accès lexical en corrélation avec la plainte subjective et compatibles aussi bien avec un trouble de l'humeur qu'avec un TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger, le cumul de ces deux pathologies pouvant avoir d'ailleurs un effet additif. C'est ainsi que l'expert comprend que la reprise de travail progressive et encadrée, proposée justement par le Dr T. \_\_\_\_\_ dès la fin de l'année 2009, n'a pas été possible. Pour l'expert neurologue, le décalage entre la capacité de travail sur le plan psychiatrique et neurologique, relève donc justement de ce cumul de pathologies. Le 17.08.2009, à près de 10 mois de l'accident, le Dr T. \_\_\_\_\_ tenait compte aussi en grande partie des facteurs psychologiques. Il encourageait la reprise de travail qui n'a pas été possible selon le psychiatre traitant. Notre anamnèse évoquait des troubles subjectifs après distorsion cervicale (vertiges, troubles visuels, troubles de la concentration, etc.) mais aucun élément objectif ne venait apporter une concordance. En effet, les multiples examens réalisés au plan neuro-radiologique n'ont pas démontré de lésion structurelle. Comme le Dr T. \_\_\_\_\_, nous avons admis des facteurs extra-neurologiques entrant en ligne de compte. L'examen neuropsychologique a permis d'établir un pronostic favorable. Les limitations d'ordre somatique n'atteignent pas le seuil d'une incapacité de travail durable. Nous avons admis qu'elles ne devaient plus interférer avec la capacité de travail. Nous nous trouvions alors à un délai de plus de deux ans de l'accident. Nous nous sommes basés sur notre expérience clinique et sur l'évolution pour admettre une IT totale jusqu'à décembre 2010 au plus tard. Une reprise professionnelle nous paraissait admissible à ce délai sur la base de notre analyse consensuelle qui a permis de déterminer l'atteinte psychique. [...] 5) Quelle est la justification de la récupération de la pleine capacité de travail du point de vue neurologique à partir de janvier 2011 ? Réponse de l'expert : A partir de janvier 2011 et sur la base de notre examen, la capacité était restituée. C'est notre examen clinique puis le travail consensuel qui nous a fait retenir cette date au délai de l'accident. L'étude rétroactive ne permettait pas en soi de retenir d'autres éléments. L'atteinte cognitive constatée lors de l'évaluation neuropsychologique effectuée au cours de l'expertise est certes modeste sur le plan qualitatif et certainement pas de nature à altérer de manière prolongée la capacité de travail. Toutefois, on peut estimer qu'elle s'est certainement améliorée avec le temps 6) Est-ce que la capacité de travail exigible (pour raison neurologique et psychiatrique) est de 30% à partir de janvier 2011 ? Réponse de l'expert :

Sur les plans psychique et neurologique : Non, dès janvier 2011, la capacité de travail exigible est de 70%, ceci essentiellement pour des raisons psychiques et non plus neurologiques ". Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée et a conclu que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 100%. Dans un avis SMR du 8 février 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que compte tenu des précisions apportées par les experts du D.\_\_\_\_\_, leur expertise était de bonne qualité et il y avait lieu d'en suivre les conclusions. Par communication du 24 février 2012, confirmée le 26 avril 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI), en la forme d'un atelier " Ressources " auprès de l'organisme [...] à [...], sur 11 demi-journées, du 7 mai au 4 juin 2012. L'assurée a ensuite suivi un nouvel atelier auprès du même organisme, intitulé " Faire le point, faire le pas ", du 11 juin au 6 juillet 2012, sur 23 demi-journées (cf. communication de l'OAI du 6 juin 2012). Enfin, elle a bénéficié d'un coaching personnel du 15 août au 31 décembre 2012, à raison de 2 séances par mois (cf. communication de l'OAI du 31 juillet 2012). Par la suite, l'assurée a bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel (17 LAI), consistant en une formation de formatrice d'adulte dans l'enseignement des langues, en cinq modules, du 19 janvier au 29 juin 2013 (module I), puis du 1 er juillet 2013 au 15 novembre 2014 (autres modules). Elle a obtenu son brevet fédéral de formatrice le 28 janvier 2015. Pendant la mesure, elle a effectué des stages pratiques d'enseignante de langues, auprès de l'E.\_\_\_\_\_, à raison de 2 à 4 heures par semaine, puis auprès de l'O.\_\_\_\_\_ à [...], du 3 septembre 2013 au 30 juin 2014 et enfin auprès de A.\_\_\_\_\_ à [...] du 1 er septembre 2014 au 26 juin 2015 (cf. communication de l'OAI du 18 septembre 2014). L'assurée a perçu des indemnités journalières de l'AI pendant la mesure de reclassement professionnel. A la fin de celle-ci, elle a encore bénéficié d'une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI) (cf. communication de l'OAI du 12 mars 2015). Lors d'un entretien à cet effet à l'OAI le 27 mars 2015, l'assurée a indiqué que son médecin estimait qu'une activité à 50% était suffisante compte tenu de son état de santé. Dans un certificat médical du 13 avril 2015, la Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a indiqué que celle-ci présentait une asthénie chronique en lien avec des troubles de la concentration qui la gênaient dans son travail et que son taux d'activité ne pouvait pas dépasser un 50%. Dans un rapport médical complété à la demande de l'OAI le 30 avril 2015, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de troubles de la concentration secondaires à la distorsion cervicale depuis le 1 er novembre 2008, et de syndrome dépressif récurrent depuis mars 2008. Elle a de nouveau indiqué que sa patiente présentait une asthénie chronique, des troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil, et qu'elle avait besoin de dormir pendant la journée. Il en résultait un ralentissement psychique et une incapacité de travail de 50% (capacité de travail de 4 heures par jour dès le 20 janvier 2014). Elle a précisé que travailler des demi-journées permettrait un allègement des symptômes et une rémission partielle de l'asthénie, ainsi qu'une augmentation progressive de la capacité de travail. La Dresse U.\_\_\_\_\_ a encore précisé que durant la mesure de reclassement, sa patiente avait présenté des périodes d'incapacité de travail de 100%, du 21 janvier au 16 février 2014, du 23 au 29 septembre 2014 et du 17 au 24 avril 2015. Par certificat médical du 26 juin 2015, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit : " la patiente présente un état de santé ne lui permettant de travailler qu'à 50% à partir du 25 avril 2015 ". En réponse au courrier du 30 juillet 2015 de l'OAI qui demandait à la Dresse U.\_\_\_\_\_ sur quels éléments objectifs elle se fondait pour retenir une capacité de travail de 50% dès le 25 avril 2015, alors qu'une capacité de travail de 70% était exigible selon l'expertise du D.\_\_\_\_\_, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a

précisé, le 10 septembre 2015, que sa patiente avait des capacités de concentrations amoindries et que l'obtention de son brevet fédéral de formatrice d'adultes lui avait demandé un effort considérable, la privant de vie familiale et sociale, car son état de santé nécessitait beaucoup d'heures de sommeil et l'obligeait à dormir durant la journée en rentrant du travail. Elle a précisé que le syndrome dépressif secondaire était fluctuant depuis l'accident et interférait avec la perte de capacité de concentration. Dans son avis médical SMR du 28 octobre 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que la Dresse U.\_\_\_\_\_ ne posait pas de diagnostic précis et que les plaintes de l'assurée qu'elle rapportait (asthénie chronique, troubles de la concentration, besoin de sommeil accru et efforts nécessaires pour mener à bien sa formation) étaient déjà présentes au moment de l'expertise du D.\_\_\_\_\_. Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, il n'y avait pas de dégradation de la situation signalée depuis mai 2011, car l'assurée avait pu suivre les mesures de réadaptation à un taux de présence appréciable et passer les examens du brevet, ce qui démontrait qu'elle conservait des aptitudes neuropsychologiques et des ressources psychiques. En conclusions, il estimait que les rapports de la Dresse U.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions des experts du D.\_\_\_\_\_. Par projet de décision du 7 décembre 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1 er novembre 2009 au 31 mars 2011, soit trois mois après la récupération d'une capacité de travail de 70%, selon l'expertise du D.\_\_\_\_\_. L'OAI s'est en outre basé sur les constatations suivantes : " Depuis le 1 er novembre 2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. Par votre demande du 7 mai 2005 [recte : 2009], vous avez sollicité des prestations de notre assurance. Au vu des renseignements en notre possession, nous avons considéré que, sans atteinte à la santé, vous exerceriez une activité lucrative à un taux de 100%. Nous vous avons dès lors considérée comme une personne active à 100 %. Suite aux investigations médicales entreprises, notamment une expertise médicale pluridisciplinaire réalisée en septembre 2010, nous constatons que depuis le 1 er novembre 2008, vous subissez une incapacité de travail totale tant dans votre activité habituelle d'assistante de direction que dans toute autre activité. Cette date constitue le début du délai d'attente d'une année. Il s'ensuit qu'à l'échéance dudit délai, soit au 1 er novembre 2009, votre incapacité de gain et par conséquent votre invalidité est totale. Dès le 1 er janvier 2011, vous avez récupéré une capacité de travail de 70%, limitée à 6 heures par jour. Si la capacité de travail ou de gain d'un assuré s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée ou supprimée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)). Nous avons alors mandaté notre service de réadaptation et avons pris en charge la formation de formatrice d'adultes auprès de E.\_\_\_\_\_ ainsi que divers stages pratiques d'enseignement des langues de janvier 2013 à juin 2015. Durant toute la durée de ces mesures, des indemnités journalières vous ont été versées. Vous avez réussi le Brevet fédéral de formatrice d'adultes (BFFA), ce dont nous vous félicitons, et pouvez par conséquent réaliser un revenu annuel brut de CHF 54'885.- à un taux de 70%. Sans atteinte à la santé, vous auriez pu prétendre à un revenu annuel brut de CHF 54'667.- à plein temps, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que votre réadaptation professionnelle est achevée et que vous pouvez réaliser un revenu qui exclut le droit à une rente ". Dans un certificat médical du 15 janvier 2016, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a attesté que

l'asthénie chronique avec troubles de la concentration n'avait guère évolué depuis avril 2014 et ne permettait pas à l'assurée de travailler au-delà de 50%. Le 22 janvier 2016, l'assurée, représentée par Me Jean-Louis Collart, a formulé des observations à l'encontre du projet de décision du 7 décembre 2015. Pour l'essentiel, elle a critiqué le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, estimant qu'il convenait de se référer à un revenu de 105'000 fr., pour une activité à 100%, vu le dernier emploi qu'elle a exercé avant l'atteinte à la santé. D'autre part, elle alléguait que sa capacité de travail n'était pas de 70% mais de 50%, comme l'attestait la Dresse U.\_\_\_\_\_. Par avis médical SMR du 7 mars 2016, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était déjà prononcé sur la différence d'appréciation de la capacité de travail entre les experts du D.\_\_\_\_\_ et la Dresse U.\_\_\_\_\_ et qu'il n'y avait aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation. Dans un courrier du 28 juillet 2016, l'OAI a répondu aux critiques formulées à l'encontre de son projet de décision. Il était d'avis qu'il n'était pas possible en l'espèce, pour fixer le revenu sans invalidité, de se fonder sur le dernier revenu de l'assurée avant l'atteinte à la santé, dès lors qu'elle n'avait perçu ce revenu que durant quatre mois en 2009, le contrat de travail ayant été résilié par l'employeur, car les compétences de l'assurée ne correspondaient pas aux besoins de la société. En outre, les comptes individuels AVS faisaient état de revenus peu élevés avant l'atteinte à la santé et l'assurée n'avait pas de formation universitaire achevée, ses diplômes de langues ne pouvant en outre pas être considérés comme des formations professionnelles. Il était en conséquence pertinent de se fonder sur l'ESS. Sur le plan médical, l'OAI était d'avis qu'il était justifié de se fonder sur l'expertise du D.\_\_\_\_\_ de mai 2011 qui a pleine valeur probante, et non sur les attestations de la Dresse U.\_\_\_\_\_. Par décision du 25 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 décembre 2015, octroyant à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1 er novembre 2009 au 31 mars 2011, ainsi que des rentes pour enfants pour ses deux enfants. La décision reposait sur la même motivation que celle du projet de décision. B. Par acte du 25 novembre 2016, F.\_\_\_\_\_, par son avocat, Me Collart, recourt contre la décision de l'OAI du 25 octobre 2016, concluant principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1 er novembre 2009 au 18 janvier 2013, puis d'une demi-rente dès le 19 janvier 2013, et, subsidiairement à l'annulation de la décision puis à la prise d'une nouvelle décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 1 er novembre 2009 au 18 janvier 2013, puis d'une demi-rente dès le 19 janvier 2013, après avoir ordonné la mise en œuvre d'une expertise par un expert indépendant. La recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation, au motif que l'OAI se contente d'indiquer que conformément à l'expertise pluridisciplinaire, elle a récupéré une capacité de travail de 70%, limitée à 6 heures par jour, dès le 1 er janvier 2011, sans donner aucune explication à ce sujet, et que l'expertise ne permet en particulier pas de comprendre comment la récupération de la pleine récupération de la capacité de travail du point de vue neurologique est survenue à partir de janvier 2011. Elle est d'avis que l'OAI ou les trois experts auraient dû expliquer pourquoi ils retenaient qu'elle n'était plus en incapacité de travail dès le 1 er janvier 2011 s'écartant ainsi de l'avis des Drs Z.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ notamment. Au motif de la violation du droit d'être entendu, la recourante conclut à l'annulation de la décision et à son renvoi à l'OAI pour nouvelle décision dûment motivée. Sur le fond, la recourante fait en substance valoir que les experts ont sous-estimé ses limitations fonctionnelles et qu'au vu des certificats de la Dresse U.\_\_\_\_\_, il est manifeste que son incapacité de travail est d'au moins 50%. La recourante invoque encore une violation de l'art. 28 LAI, alléguant qu'elle était totalement incapable de travailler jusqu'à la fin des

mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, soit jusqu'au 18 janvier 2013, de sorte qu'elle doit être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité jusqu'à cette date puis d'une demi-rente dès le 19 janvier 2013. La recourante critique encore le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, estimant qu'il convient de se fonder sur le dernier salaire qu'elle a réalisé avant l'atteinte à la santé, auprès de la société I. \_\_\_\_\_, qui lui permettait de réaliser un gain de 84'000 fr. par an à 80%, soit 105'000 fr. à 100%, subsidiairement sur le revenu moyen sur la base de ses dernières fiches de salaires, auprès d' I. \_\_\_\_\_ et de M. \_\_\_\_\_, soit un revenu annuel de 90'000 fr. à 100%. Enfin, la recourante invoque une violation du principe de célérité, reprochant à l'OAI d'avoir définitivement statué sur le droit à la rente d'invalidité plus de cinq ans après l'expertise du D. \_\_\_\_\_ et demande qu'il en soit tenu compte lors de la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale. Dans sa réponse du 2 février 2017, l'OAI conclut au rejet du recours, précisant que la différence d'appréciation de 20% entre l'appréciation du D. \_\_\_\_\_ et celle de la médecin traitante était justifiée selon le SMR par le fait que l'assurée avait pu suivre les mesures de réadaptations à un taux de présence appréciable, qu'elle avait réussi ses examens du brevet et qu'il y avait lieu en outre, selon la jurisprudence, d'admettre avec réserve les constatations des médecins traitants. S'agissant de la fixation du revenu sans invalidité, l'intimé renvoie au rapport final du 12 juin 2015 de son service de réadaptation. L'OAI est d'avis qu'il ne saurait être question d'une violation du principe de la célérité, notamment au motif que l'assurée a bénéficié de mesures de réadaptation professionnelle durant la procédure. Avec sa réplique du 27 février 2017, la recourante produit un rapport du 30 janvier 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a attesté qu'il suivait la recourante depuis le 1 er septembre 2016, de façon régulière, en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, cet état persistant à la suite de l'accident de voiture de 2008. Il a en outre exposé ce qui suit : " Madame F. \_\_\_\_\_ était sous antidépresseurs depuis longtemps. Ce traitement a été suspendu au vu des effets secondaires importants et un traitement anxiolytique est actuellement prescrit en plus de séances psychothérapeutiques individuelles et familiales et un nouvel antidépresseur est envisagé. L'épisode dépressif est caractérisé par une humeur dépressive, communiquée verbalement et dans l'expression faciale et dans l'attitude de la patiente. Je note la présence d'un sentiment de dévalorisation et de culpabilité et de rumination, des pensées noires, des difficultés à l'endormissement avec des réveils nocturnes et des réveils matinaux précoces, une fatigabilité importante et une perte d'intérêt, un ralentissement psychomoteur plutôt modéré, alternant avec une agitation anxieuse. Je constate également des manifestations psychiques d'anxiété sur le visage et dans le langage et des manifestations somatiques d'anxiété, surtout des soupirs, des palpitations, la bouche sèche, et une transpiration excessive. Ces manifestations sont d'intensité importante. D'autres symptômes somatiques généraux de la dépression comme la fatigue, la perte d'énergie et les céphalées sont aussi présents. Je constate la perte de plaisir et de libido, des troubles menstruels et des préoccupations importantes sur sa santé. L'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton de 17 items est à 27 points (ce qui signifie une dépression caractérisée sévère). A l'échelle de Beck, un auto-questionnaire, passé en français et en allemand, la patiente obtient 57 points en version modifiée en français et 49 points à la version courte en allemand. Ces deux échelles montrent un état dépressif significatif. L'échelle TAG 7, mesurant le niveau d'anxiété, montre la présence de symptômes anxieux journaliers, surtout la nervosité, l'anxiété ou la tension intérieure, l'incapacité à s'arrêter de s'inquiéter, une inquiétude excessive, une difficulté à se détendre, une agitation telle qu'il est difficile de pouvoir rester en place, une

irritabilité et un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire. La conséquence grave de l'accident sur l'état physique et psychique de la patiente et sur ses capacités professionnelles et l'inquiétude pour les conséquences sur ses enfants, présents dans la voiture lors de l'accident, et qui souffrent également de troubles liés, l'enlèvement de la procédure AI et de la reconnaissance des séquelles liées à l'accident ont aggravé significativement l'état psychique. L'aggravation actuelle de l'état dépressif de la patiente et la chronicité de ses troubles dépressifs indiquent un mauvais pronostic à moyen et à long terme. Des séances familiales sont actuellement en cours afin de rétablir l'harmonie au sein de la famille et limiter les conséquences de l'état psychique de Madame F. \_\_\_\_\_ sur ses enfants et sur sa maman avec qui elle cohabite ". Dans sa duplique du 20 mars 2017, l'OAI a maintenu sa position, se ralliant à l'avis SMR du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2017 qui est d'avis que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ n'apporte pas d'élément nouveau susceptible de modifier les conclusions antérieures, pour les motifs suivants: " Cette attestation médicale ne contient pas de diagnostic précis selon la classification CIM-10 (ou à défaut de la classification DSM). Elle décrit de nombreux symptômes et constatations objectives faites lors des entretiens et mentionne les résultats des tests effectués. La durée des plaintes et des constatations objectives n'est pas précisée. L'intégration de ces éléments (constatations et évolution dans le temps, résultats des tests) devrait conduire à la pose d'un diagnostic précis (épisode dépressif ou trouble dépressif récurrent, avec description de la sévérité de l'épisode en cours). Seul le médecin qui a examiné l'assurée est à même de faire cette intégration et à poser un diagnostic, les seuls résultats des tests ne suffisent pas, ils doivent être intégrés dans le contexte. Fort de ce qui précède, je constate que le diagnostic de trouble dépressif récurrent est connu, et que dans le rapport d'examen SMR du 08.02.2012 un épisode actuel moyen a été retenu. L'attestation du 30.01.2017 ne permet pas de savoir quelle est la sévérité de l'épisode actuel et de savoir si ce trouble thymique s'est aggravé. Cette attestation ne permet pas non plus de situer une éventuelle aggravation dans le temps, étant donné que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne connaît l'assurée que depuis septembre 2016 ". 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 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 sur la question de savoir si l'OAI était fondé à octroyer à l'assurée une rente d'invalidité limitée dans le temps, en particulier de supprimer cette rente avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2011. La recourante, pour sa part, estime avoir le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 18 janvier 2013, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 19 janvier 2013. Elle invoque également la violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision litigieuse. 3. Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de

l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références, ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; TF 9C\_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2). En l'occurrence, l'OAI a suffisamment expliqué sur quoi reposent ses constatations relatives à la capacité de travail résiduelle de la recourante. Il s'est référé au rapport d'expertise du D. \_\_\_\_\_ dans lequel les experts ont indiqué pourquoi ils constataient une capacité résiduelle de travail de 70% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, en raison d'atteintes à la santé psychique. Les experts ont également exposé pourquoi ils n'admettaient plus d'incapacité de travail à raison d'atteintes neurologiques. Pour le surplus, le fait que la recourante ne soit pas convaincue par l'expertise et les arguments des experts, et qu'elle estime que les rapports établis par ses médecins traitants, les Drs S. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont davantage de valeur probante, traduit une divergence d'appréciation des preuves avec l'OAI. Ses griefs sur ce point se confondent donc avec les griefs relatifs à la constatation des faits et relèvent du fond du litige. Au surplus, la recourante a compris la décision et les motifs sur lesquels elle repose, dès lors qu'elle a été en mesure de la contester devant la Cour de céans. En conséquence, il n'y a pas lieu d'annuler la décision pour cause de défaut de motivation.

4. 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 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.

5. a) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard des conditions de cette disposition, par analogie (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir également : TF 9C\_175/2017 du 30 juin 2017 consid. 4.2.1, TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, TF 9C\_104/2009 du 14 décembre 2012 consid. 2). L'art. 17 LPGA prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque

celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). 6. a) 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références ; cf. TF I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 4). La

jurisprudence a précisé, s'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, que le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Toutefois, il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (TF 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). 7. a) En l'occurrence, l'assurée a subi un accident de la circulation routière, le 1<sup>er</sup> novembre 2008 qui a causé une distorsion cervicale de degré II et une possible commotion cérébrale, atteinte qui s'est compliquée dès le mois de décembre 2008 d'une décompensation anxio-dépressive. Il est établi que ces atteintes ont provoqué une incapacité de travail de 100% dès la date de l'accident, tant sur la base des rapports des médecins traitants de l'assurée - en particulier sur ceux du Dr T. \_\_\_\_\_ des 13 mars, 17 août et 14 septembre 2009, celui du 7 août 2009 du Dr S. \_\_\_\_\_ et celui du 30 octobre 2009 du Dr Z. \_\_\_\_\_, que sur la base du rapport d'expertise du D. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2011. b) Les experts du D. \_\_\_\_\_, qui ont examiné l'assurée les 23 et 27 septembre 2010, ont indiqué qu'au plan neurologique, il persistait des troubles subjectifs qu'il n'était pas possible, deux ans après l'accident, d'expliquer sur une base purement neurologique, des facteurs extraneurologiques jouant certainement un rôle dans ces troubles. Les experts ont en outre précisé que l'atteinte neuropsychologique (légers troubles attentionnels et de l'accès lexical) traduisait une souffrance cérébrale diffuse et légère compatible avec les séquelles d'un probable ébranlement cérébral subi lors de l'accident, mais qui pouvait aussi être liée au trouble de l'humeur. En résumé, les experts ont indiqué que les troubles neurologiques s'étaient certainement améliorés avec le temps, était légers au moment de l'expertise et dès lors pas de nature à altérer de manière prolongée la capacité de travail de l'assurée. Ils ont précisé que sur la base de leur expérience et vu l'examen clinique de l'assurée au moment de l'expertise, mais aussi compte tenu des facteurs psychologiques qui interféraient selon toute vraisemblance avec l'atteinte neuro-psychologique, une reprise du travail était exigible dès janvier 2011 au plus tard (cf. complément d'expertise du 9 janvier 2012). L'expert neurologue a du reste rappelé qu'en août 2009, dix mois après l'accident, le Dr T. \_\_\_\_\_ avait déjà tenu compte en grande partie des facteurs psychologiques pour fixer l'incapacité de travail (cf. le rapport de ce dernier du 17 août 2009), ce qui corrobore son analyse. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts ont expliqué de manière convaincante pourquoi ils ne tenaient plus compte d'une incapacité de travail au plan neurologique dès janvier 2011. La recourante reproche également aux experts de n'avoir pas expliqué pour quelle raison ils s'écartent des rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, qui retiennent une incapacité de travail de 100%. Or, l'experte W. \_\_\_\_\_ ne s'est pas à proprement parler écartée de l'analyse du Dr Z. \_\_\_\_\_ d'octobre 2009 (cf. également rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 7 août 2009), puisqu'elle a estimé que l'assurée avait présenté un trouble dépressif récurrent, avec un épisode de gravité moyenne à sévère de novembre 2008 au printemps 2010 (cf. complément d'expertise 9 janvier 2012), le Dr Z. \_\_\_\_\_ ayant quant à lui diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent depuis 2008, dans son rapport du 30 octobre 2009, sans toutefois se prononcer par la suite. En effet, il ne ressort pas du dossier que l'assurée aurait poursuivi le traitement chez le Dr Z. \_\_\_\_\_ au-delà d'octobre 2009, et aucune pièce médicale n'atteste la poursuite d'une incapacité de travail totale après cette date selon ce médecin. Pour le surplus, certes, la Dresse W. \_\_\_\_\_ est d'avis que l'assurée présentait une incapacité de travail de 70% de novembre 2008 au printemps 2010, alors que le Dr

Z.\_\_\_\_\_ a considéré que l'incapacité de travail était de 100% dans son rapport d'octobre 2009. Or, une telle différence d'appréciation s'explique par le fait que la Dresse W.\_\_\_\_\_ n'a tenu compte que des facteurs psychiatriques pour fixer l'incapacité de travail, alors que le Dr Z.\_\_\_\_\_ a pris en compte l'ensemble de la problématique, psychiatrique et neurologique. Dans ces conditions, les points de vue du psychiatre traitant et de l'experte psychiatre ne sont pas contradictoires. Il ressort de l'expertise du D.\_\_\_\_\_ et du complément du 9 janvier 2012 que depuis le printemps 2010, la thymie de l'assurée s'est améliorée, à la suite de l'augmentation du médicament antidépresseur (cf. expertise p. 18). L'experte psychiatre a indiqué que cette amélioration se confirmait au jour de son examen clinique de l'assurée, le 23 septembre 2010, la symptomatologie psychiatrique correspondant désormais à un épisode dépressif moyen. L'experte W.\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis l'amélioration du printemps 2010, les limitations fonctionnelles de l'assurée (abaissement de la thymie, anhédonie, manque d'estime de soi et ruminations) interféraient avec la capacité de travail à raison de 30%, l'assurée ayant donc une capacité de travail de 70%. Ces explications sont claires et motivées et ne contredisent pas les rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ lesquels se sont prononcés uniquement lors de la situation antérieure, avant l'amélioration de la thymie rapportée par la Dresse W.\_\_\_\_\_, étant rappelé que ces derniers ont également tenu compte de l'atteinte neurologique dans leur évaluation de l'incapacité de travail (cf. supra). Enfin, même si les experts du D.\_\_\_\_\_ ont relevé qu'il était difficile de dissocier l'origine neurologique de l'origine psychiatrique de certaines plaintes de l'assurée (en particulier les difficultés attentionnelles et d'accès lexical), ce qui ressort d'ailleurs également des rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ et du Dr Z.\_\_\_\_\_, ils ont expliqué que, quoi qu'il en soit, la symptomatologie neuropsychologique était légère au moment de l'expertise et n'atteignait pas le seuil d'une incapacité de travail durable. Par conséquent, ils ont retenu que dès janvier 2011, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 70%, essentiellement pour des raisons psychiatriques et non plus neurologiques (cf. complément expertise du 9 janvier 2012, in fine). Un complément d'instruction sur ce point comme le requiert la recourante, qui reproche aux experts de n'avoir pas effectué d'autres analyses pour dissocier l'atteinte neurologique et l'atteinte psychiatrique, n'apparaît pas nécessaire, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). En effet, on voit mal que d'autres experts disposeraient de davantage d'outils pour le faire de manière plus précise ou convaincante. Pour le surplus, l'expertise du D.\_\_\_\_\_ repose sur une anamnèse et des examens complets, prend en compte les plaintes de l'assurée et le contexte et l'appréciation médicale sont claires. En conséquence, les conclusions des experts doivent être suivies et c'est à juste titre que l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assurée s'était améliorée en janvier 2011, sa capacité de travail médico-théorique étant de 70% dès cette date, compte tenu de ses limitations fonctionnelles psychiatriques essentiellement. On précisera encore que l'argument de la recourante selon lequel son incapacité de travail de 100% s'est prolongée durant les mesures d'orientation professionnelle auprès de l'organisme " Différences et compétences ", jusqu'au 19 janvier 2013, ne peut être suivi. En effet, aucun document médical n'atteste une telle incapacité de travail. De plus, l'assurée a suivi toute la mesure d'orientation professionnelle, du 7 mai au 31 décembre 2012, ce qui démontre plutôt qu'elle avait effectivement récupéré en partie sa capacité de travail à cette période. Le fait que l'OAI ait octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) avant la mesure de reclassement professionnelle (art. 17 LAI) ne remet en outre pas en

cause l'appréciation médicale des experts selon laquelle elle avait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle, ni ne viole l'art. 28 LAI, contrairement à ce qu'elle soutient. c) Cela étant, dans son rapport médical à l'OAI du 30 avril 2015, la Dresse U. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée présentait une asthénie chronique liée à ses troubles de la concentration et de la mémoire et qu'elle avait besoin de dormir pendant la journée. La Dresse U. \_\_\_\_\_ a précisé que l'obtention du brevet fédéral de formatrice d'adultes (BBFA) avait demandé à l'assurée des efforts considérables, vu son besoin de sommeil accru, l'obligeant à dormir en rentrant du travail. Ceci la privait largement de vie familiale et sociale. La Dresse U. \_\_\_\_\_ est d'avis que vu ces éléments, son taux d'activité ne pouvait pas dépasser 50%, et que le fait de travailler des demi-journées permettrait une rémission partielle de l'asthénie et une augmentation progressive de sa capacité de travail. Contrairement à ce qui ressort de l'avis médical SMR du 28 octobre 2015, il s'agit là d'éléments nouveaux qui n'étaient pas présents au moment de l'expertise du D. \_\_\_\_\_ (en particulier l'asthénie chronique et le besoin de sommeil accru). L'assurée a certes suivi la mesure de reclassement professionnel puis obtenu avec succès son brevet de formatrice d'adultes, ce qui démontre effectivement qu'elle dispose de ressources et d'une capacité résiduelles de travail (cf. avis SMR du 28 octobre 2015 du Dr Q. \_\_\_\_\_), mais il apparaît que cela s'est fait au prix d'efforts très importants et non sans difficultés pour la santé de l'assurée, celle-ci ayant présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail de 100% durant les mesures de réadaptation (du 21 janvier au 16 février 2014, du 23 au 29 septembre 2014 et du 17 au 24 avril 2015). Ces éléments rendent plausible une péjoration de la situation médicale, postérieurement à l'expertise du 10 mai 2011. Les rapports de la Dresse U. \_\_\_\_\_ ne permettent toutefois pas de se déterminer clairement sur ce point ni sur la date d'une éventuelle aggravation, puisqu'elle a indiqué différentes dates de début de la capacité de travail à 50%, à savoir le 20 janvier 2014 (rapport à l'OAI du 30 avril 2015), le 25 avril 2015 (certificat médical du 26 juin 2015), et avril 2014 (certificat médical du 15 janvier 2016). En outre, il ressort du rapport du 30 janvier 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis septembre 2016, que, selon ce médecin, l'assurée présentait les symptômes d'une dépression sévère, des symptômes anxieux journaliers, surtout de la nervosité, une tension intérieure, une incapacité à arrêter de s'inquiéter, une inquiétude excessive, une difficulté à se détendre, une agitation telle qu'il est difficile de pouvoir rester en place, une irritabilité et un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé que l'aggravation de l'état dépressif de la patiente et la chronicité de ses troubles indiquaient un mauvais pronostic à moyen et à long terme. Il apparaît donc plausible, à la lecture de ce rapport, que la situation se soit dégradée au plan psychiatrique, même s'il est vrai que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante (cf. avis médical SMR du 15 mars 2017). Vu ce qui précède, un complément d'instruction est nécessaire afin de se déterminer clairement sur une éventuelle péjoration de l'état de santé, postérieure à l'expertise du D. \_\_\_\_\_, et son influence sur la capacité de travail de la recourante. d) Dès lors, il apparaît qu'au moment de la décision litigieuse, la situation médicale n'était pas suffisamment établie pour pouvoir apprécier la capacité de travail de la recourante, au vu des éléments relevés ci-dessus rendant plausible une aggravation de l'atteinte à la santé postérieurement à l'expertise du D. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2011 et le complément d'expertise du 9 janvier 2012. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il complète

l'instruction, puis prenne une nouvelle décision. Il incombera ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise 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. La situation est en revanche suffisamment claire pour la période courant jusqu'au 20 janvier 2014, date à laquelle la Dresse U. \_\_\_\_\_ a attesté pour la première fois une incapacité de travail de 50%. 8. S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, au moment de l'amélioration de janvier 2011, il convient de considérer ce qui suit. a) Selon l'art. 16 LPGA, qui s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés qui exercent une activité lucrative (art. 28a LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (revenu hypothétique avec invalidité). aa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325, 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et les références ; cf. TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). On part donc de la constatation empirique selon laquelle l'assuré aurait continué d'exercer son activité antérieure s'il était resté en bonne santé. Des exceptions ne sont admises que si elles présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'ESS suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (TF 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.1 ; TFA U 243/99 du 23 mai 2000 ; cf. aussi TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2, in : REAS 2004 p. 239). bb) Pour fixer le revenu d'invalide, la jurisprudence admet de se fonder sur des tables statistiques, en particulier sur les données issues de l'ESS, afin de déterminer le revenu de l'assuré qui, depuis l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui (ATF 126 V 75 consid. 3b ; cf. TF 8C\_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 2). L'évaluation du revenu d'invalide doit reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées aux handicaps de la personne assurée et non pas seulement sur une seule, en principe (cf. TF 8C\_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 2, 9C\_1030/2008 du 4 juin 2009 consid. 3). Ainsi, la valeur médiane ou centrale des salaires bruts standardisés, toute profession confondue, de la table TA1 (ATF 124 V 323 consid. 3b/aa) est souvent appliquée (cf. TFA I 93/06 du 11 août 2006 consid. 6.3). Lorsque le revenu d'invalide est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG), in : Meyer (édit.), Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 3<sup>ème</sup> édition, Bâle 2016, ch. 47 p. 292). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; cf. TF 8C\_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3). b) En l'occurrence, on ne peut pas fixer le revenu sans invalidité de la recourante sur la base du salaire qu'elle a touché chez I. \_\_\_\_\_, comme elle le demande. En effet, elle n'a exercé cette activité que durant quatre mois entre le 1<sup>er</sup> juin et le 31 octobre 2008 et l'employeur a résilié le contrat de travail car ses compétences ne correspondaient pas aux besoins de la société (cf. rapport employeur à l'OAI du 26 juin 2009), de sorte qu'elle n'aurait de toute façon pas continué cette activité, ni exercé une activité lui permettant de réaliser un tel revenu (84'000 fr. bruts par an). Il n'est en outre pas possible en l'occurrence de se fonder sur un revenu moyen réalisé au cours d'une longue période (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2082 p. 552), dès lors que l'assurée n'a pas exercé d'activité lucrative les cinq années précédant son emploi chez M. \_\_\_\_\_ (cf. l'extrait de compte individuel du 29 mai 2009). Il faut donc se fonder sur l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité de la recourante. En conséquence, c'est un revenu sans invalidité de 50'700 fr. par an qu'il convient de retenir (selon ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux en 2011 (+ 1% ; cf. OFS [Office fédéral de la statistique], Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html>) et prendre en compte une durée normale du travail dans entreprises de 41,7 heures en 2011 (cf. OFS [Office fédéral de la statistique], La statistique de la durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, en heures par semaine, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html>). Il est rappelé que l'ESS tient compte d'une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, cf. notamment TF 9C\_599/2011 du 13 janvier 2012 consid. 4.3). C'est donc au final un revenu sans invalidité de 53'383 fr. 30 qui doit être retenu en 2011, année de la révision du droit à la rente. Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assurée en 2011, il se justifie de se fonder sur un revenu de 50'700 fr. par an (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4) - dès lors qu'à cette époque, l'assurée n'avait pas entamé la mesure de reclassement professionnel et n'avait pas de formation professionnelle spécifique – qu'il convient d'adapter à l'évolution des salaires nominaux (1% en 2011) et en tenant compte d'une durée normale du travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. supra), soit 53'383 fr. 30 à 100% et 37'368 fr. 30 à 70%. Compte tenu d'un abattement de 10% sur ce revenu statistique, vu les limitations fonctionnelles de l'assurée, le revenu d'invalidité s'élève à 33'631 fr. 50 (= 37'368 fr. 30 – 3'736 fr. 80). En définitive, le taux d'invalidité s'élevait à 37% ([53'383 fr. 30 – 33'631 fr. 50] fr./ 53'383 fr. 30), lors de l'amélioration de l'état de santé en janvier 2011, ce qui n'ouvre plus le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI). C'est donc à juste titre que l'OAI a supprimé la rente d'invalidité trois mois plus tard, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. 9. En dernier lieu, il convient d'examiner si le principe de la célérité a été violé par l'OAI, comme

le lui reproche la recourante, au motif que ce n'est que le 25 octobre 2016 que l'Office AI a prononcé sa décision en matière de rente d'invalidité, alors que l'expertise médicale sur laquelle se fonde cette décision a été rendue le 10 mai 2011, soit cinq ans et quatre mois plus tôt. a) Selon l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) - qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue que les garanties constitutionnelles nationales (ATF 114 Ia 179 ss) -, l'art. 29 al. 1 Cst. consacre le principe de la célérité en ce sens qu'il prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et les références). Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 124 I 139 consid. 2c p 142). A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158 s.). Le comportement du justiciable s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative que dans un procès civil, où les parties doivent faire preuve d'une diligence normale pour activer la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références). b) En l'occurrence, l'Office AI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès du D. \_\_\_\_\_ le 21 mai 2010, lequel a rendu son rapport le 10 mai 2011. Le 25 mai 2011, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a posé des questions complémentaires aux experts, qui y ont répondu le 9 janvier 2012. Le 8 février 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a rendu un avis selon lequel l'expertise du D. \_\_\_\_\_ était de bonne qualité et qu'il y avait lieu d'en suivre les conclusions. Or, l'OAI n'a rendu un projet de décision octroyant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, en se fondant essentiellement sur l'expertise et son complément du 9 janvier 2012 que le 7 décembre 2015, soit trois ans et cinq mois plus tard. Il a par la suite statué le 25 octobre 2016. Ces délais sont longs, mais résultent du fait que l'OAI a choisi de mettre d'abord en place des mesures d'orientation professionnelle, puis une mesure de réadaptation, avant de statuer sur le droit à la rente. Il aurait pu procéder différemment, mais l'assurée qui était représentée par un avocat, n'a émis aucune objection et n'a jamais relancé l'OAI. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de constater un retard à statuer. 10. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision est confirmée s'agissant de l'octroi de la rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 mars 2011 et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction s'agissant de la période courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, au sens des considérants. La recourante qui est assistée par un avocat, a droit à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Cette indemnité est fixée à 3'200 fr., étant donné l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Les frais judiciaires, par 400 fr., sont à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 25 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en tant qu'elle alloue une rente entière d'invalidité à la recourante pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2009 au 31 mars 2011,

la cause étant renvoyée à l'office pour complément d'instruction et nouvelle décision sur le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014. III. Les frais judiciaires, par 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 F. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Collart (pour F. \_\_\_\_\_), à Genève, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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.