

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mars 2014

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     Mmes     Thalmann et Pasche  
Greffière     :     Mme     Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA; 28a LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1972, mariée et mère de famille, travaillant comme femme de ménage à temps partiel, a présenté le 28 août 2000 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle précisait avoir subi un polytraumatisme dans le contexte d'un accident de la circulation, le 17 novembre 1998.

Invitée à se déterminer quant à son statut (part active - part ménagère), l'assurée a répondu que si elle était en bonne santé, elle travaillerait au taux de 100% comme femme de ménage ou dans la vente, depuis toujours et dès qu'elle aurait trouvé un emploi, par nécessité financière et intérêt personnel (cf. formulaire 531bis du 9 novembre 2000).

Dans un rapport médical du 2 octobre 2000 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique sévère après status post-traumatisme dans un accident de la circulation (traumatisme crânio-cérébral, contusion pulmonaire gauche, fracture 6<sup>e</sup>-9<sup>e</sup> côtes, plaies hépatiques et spléniques, contusion avec liponécrose de la cuisse), de status post-toxidermie médicamenteuse, de status post-hypothyroïdie, de status post-hémiplégie du membre supérieur gauche et de cervico-dorsalgies chroniques. La Dresse D.\_\_\_\_\_ indiquait que l'assurée était déprimée et que rien ne la soulageait. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 novembre 1998 et aucune activité professionnelle n'était actuellement envisageable.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 6 juin 2002 au domicile de l'assurée, en présence de son mari. Selon le rapport d'enquête du même jour, l'assurée expliquait que son emploi de femme de ménage à 40-45%, effectué le soir, était conciliable avec la

garde de sa première fille, née en septembre 1998, et aurait été maintenu jusqu'à la naissance de sa seconde fille, en mars 2001. Eu égard à la présence de ses deux filles, elle n'aurait pu travailler à un taux plus élevé que 45%, étant précisé que le taux de 100% indiqué dans le formulaire de l'OAI correspondait à son intention lors de son arrivée en Suisse en 1996. L'enquêtrice proposait de retenir un statut de 45% active et 55% ménagère, statut qui devait être revu au plus tard en été 2008, lorsque la cadette serait entrée en première année scolaire primaire. S'agissant des empêchements ménagers rencontrés par l'assurée, l'enquêtrice les a estimés à 37.5%, avec toutefois un avis nuancé et le renvoi à l'appréciation du médecin.

Dans un rapport du 27 novembre 2002 à l'OAI, la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique adjointe du Service de psychiatrie [...], a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, actuellement stabilisé, existant depuis l'accident de 1998, et de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne, existant depuis l'automne 1998. L'assurée présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité de femme de ménage et de 70% comme ménagère, étant précisé qu'elle avait besoin de l'aide de son entourage et d'un important dispositif d'encadrement familial.

Dans un rapport du 3 février 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a retenu que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles sous forme d'une fatigabilité, de troubles du sommeil, de douleurs multiples ainsi que de difficultés de concentration et d'attention. L'atteinte principale à la santé était un trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne, et les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, influençant la capacité de travail, correspondaient à un état de stress post-traumatique, actuellement stabilisé, un status après polytraumatisme (traumatisme crânio-cérébral, fractures multiples des côtes, contusions, rupture de rate et lésions hépatiques) et un syndrome de douleurs chroniques multiples. L'incapacité de travail était de 100% dans toute activité lucrative et de 70% dans les activités ménagères.

Selon un avis juriste du 11 février 2003, il ne se justifiait pas, s'agissant du taux d'invalidité pour la part ménagère, de s'écarter des empêchements fixés par l'enquêtrice, soit 37.5%, et de se fonder sur l'incapacité de travail attestée médicalement, laquelle méconnaissait les tâches ménagères au sens où l'entendait l'assurance-invalidité et l'aide raisonnablement exigible des membres de la famille. S'agissant de l'incapacité de travail pour la part active, elle était totale selon le rapport du [...]. Il n'y avait dès lors pas lieu de substituer, comme semblait le faire le SMR, l'incapacité de travail attestée comme ménagère (70%) à celle attestée comme active (femme de ménage).

Le 25 avril 2003, l'OAI a adressé à l'assurée une décision d'acceptation de rente, confirmée par décision sur opposition du 10 juillet 2003, aux termes de laquelle il lui reconnaissait, dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999, le droit à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 65.6% (soit 45% pour la part active, 20.6% pour la part ménagère).

**B.** Le 13 mai 2004, X.\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI, au moyen du "questionnaire pour la révision de la rente", que son état de santé était stationnaire, indiquant être sans activité lucrative et occupée aux travaux de son propre ménage. Invitée à se déterminer quant à son statut, elle a mentionné qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière et intérêt personnel, dans une activité de femme de ménage ou dans la vente, et ce depuis toujours.

Dans un rapport du 13 juillet 2004, la Dresse R.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe du Service de psychiatrie [...], et T.\_\_\_\_\_, psychologue associée, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne, un état de stress post-traumatique, actuellement stabilisé, une obésité de classe II selon l'OMS, une répartition abdominale et un trouble non spécifié du comportement alimentaire sous forme d'hyperphagie boulimique. L'état de santé de l'assurée était stationnaire, avec une légère amélioration de l'humeur, mais le pronostic était réservé quant à la guérison en raison d'une souffrance physique et

psychique très importante. L'incapacité demeurait totale s'agissant de l'activité habituelle de femme de ménage et de 70% s'agissant des travaux ménagers.

Interpellée par l'OAI, la Dresse D.\_\_\_\_\_ énonçait un état de santé stationnaire et un pronostic très négatif. Elle relevait l'échec du suivi auprès du Service de psychiatrie [...] et malgré les divers essais de traitements médicamenteux et physiques. Au terme de son rapport du 21 septembre 2004, elle maintenait l'incapacité de travail totale en raison du syndrome de stress post-traumatique, de l'état dépressif chronique et du syndrome douloureux cervico-dorsolombaire.

Le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique et psychiatrique auprès de son service, dans la mesure où le rapport complémentaire demandé au Service de psychiatrie [...] était, selon lui, ni probant ni conclusif.

L'examen a été réalisé le 1<sup>er</sup> juin 2006 au SMR; l'aspect rhumatologique a été investigué par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et l'aspect psychiatrique par la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il était diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies chroniques (M54.2, M54.6, M54.5), un status après fracture par tassement du mur antérieur de D4 et D5 (T91.1), une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.0) et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Les Drs H.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ diagnostiquaient, comme sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité avec BMI à 38, un status après polytraumatisme, traumatisme crânio-cérébral, contusion pulmonaire, fracture de la rate et du foie, une thyroïdite du post-partum, un status après syndrome de Lyell médicamenteux et un status après liponécrose de la cuisse droite. Au terme de leur rapport établi le 20 juillet 2006, on pouvait lire ce qui suit:

*"Les limitations fonctionnelles*

Du point de vue somatique, l'assurée peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position assise avec la position debout. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter le port d'objets de poids supérieur à 15 kg.

Du point de vue psychiatrique, si l'on tient compte du fait que l'assurée a pu mener à bien deux grossesses sans aggravation de son état de santé et qu'elle est capable de s'occuper de ses trois enfants, les limitations fonctionnelles sont essentiellement un déconditionnement psychique que l'assurée devra ré-entraîner progressivement. Il s'agit d'une femme intelligente qui possède d'importantes ressources psychiques. On peut raisonnablement attendre d'elle un effort pour surmonter ses douleurs et mener une vie plus active que ce qu'elle réalise actuellement.

*Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

L'assurée n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis son accident du 17.11.1998.

Elle est au bénéfice d'une demi-rente correspondant à un taux d'invalidité de 66% depuis le 01.11.1999. L'octroi de ces prestations s'appuie sur un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ainsi qu'un état dépressif chronique accompagné d'un syndrome douloureux. Ces prestations sont médicalement justifiées.

*Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Manifestement, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré, les éléments du syndrome de stress post-traumatique sont en bonne rémission partielle et les signes de dépression se chevauchent avec un déconditionnement psychique. Cette amélioration de l'état de santé est reconnue par sa psychologue comme en atteste le rapport médical daté du 03.08.2005 et signé par le Dr. N. \_\_\_\_\_ et Mme T. \_\_\_\_\_ lorsqu'il est mentionné sous no 1 que l'amélioration psychologique notée en 2004 a pu être stabilisée. L'incapacité de travail totale attestée depuis 1999 n'est donc plus justifiée depuis 2004, l'exigibilité peut raisonnablement être attendue à 50% depuis l'automne 2004.

*Concernant la capacité de travail exigible*, le travail de nettoyeuse ne respecte pas les limitations fonctionnelles, sa capacité de travail dans ce métier est pratiquement nulle. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de cette assurée n'est pas complète en raison des douleurs. Après avoir examiné l'assurée, nous estimons que du point de vue somatique, la capacité de travail est d'environ 70%.

Du point de vue psychiatrique, au vu de l'amélioration du tableau clinique (dépression et syndrome de stress post-traumatique) qui a plutôt tendance à évoluer en syndrome douloureux chronique, on peut raisonnablement exiger de l'assurée une activité professionnelle à 50% dès l'automne 2004 (que ce soit en tant que mère au foyer ou en tant que personne active à l'extérieur).

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle (femme de ménage): 0% pour des raisons somatiques

Dans une activité adaptée: 50% pour des raisons psychiatriques

Depuis automne 2004"

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 26 septembre 2006, lors de laquelle l'enquêtrice a invité cette dernière à se déterminer sur le taux auquel elle exercerait une activité lucrative si elle était en bonne santé. L'intéressée a répondu qu'elle aurait repris un travail à temps partiel en qualité de femme de ménage, par nécessité financière, précisant que sa belle-sœur se serait occupée des enfants pendant son absence. L'enquêtrice proposait de maintenir le statut de 45% active et 55% ménagère et évaluait l'invalidité totale au plan ménager à 32.9%.

Le 25 janvier 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de réduction de rente, aux termes duquel il lui reconnaissait le droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 42% (soit 24.30% pour la part active, 18.09% pour la part ménagère).

Par décision du 1<sup>er</sup> mai 2007, l'OAI a confirmé la réduction de la rente.

**C.** X. \_\_\_\_\_ a rempli un nouveau "questionnaire pour la révision de la rente" le 24 février 2011. Elle mentionnait que son état de santé demeurait stationnaire et qu'elle était occupée aux travaux de son propre ménage. Selon le formulaire "détermination du statut (part active / part ménagère)", elle déclarait que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 60-80% comme "nettoyeuse", par nécessité financière.

Dans un rapport du 15 juin 2011 à l'OAI, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique, d'état dépressif chronique et de syndrome douloureux cervico-dorso-lombaire. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionnait un status post-traumatisme, une

hypothyroïdie dans le cadre d'une thyroïdite post-partum, une obésité et un status post-toxidermie médicamenteuse. L'état de santé de l'assurée était stationnaire et la capacité de travail toujours nulle. En réponse à des questions complémentaires au rapport médical, la Dresse D. \_\_\_\_\_ écrivait ce qui suit:

**"Quelle est la situation actuelle ?**

Elle est inchangée. On retrouve toujours cette patiente, qui est restée comme emprisonnée dans un syndrome de stress post-traumatique malgré le traitement psychiatrique intensif duquel elle a bénéficié pendant des années. Elle est chroniquement angoissée, déprimée, algique, fatiguée à l'extrême, insomniaque avec des troubles du comportement alimentaire. Il persiste des douleurs sévères le long du rachis et au niveau de la liponecrose à la cuisse. La patiente a pris beaucoup de poids.

**Quelles sont les limitations fonctionnelles ?**

Madame X. \_\_\_\_\_ est extrêmement fatigable, irritable, angoissée et n'a pas d'entrain ni d'initiative. Elle n'arrive pas à assumer son ménage et ses enfants. Elle a besoin d'un soutien quasi permanent du mari, des structures parascolaires et de ses enfants qui grandissent. Elle se mobilise difficilement en raison des douleurs et de la fatigue sur env. 300m. Elle ne peut rester debout plus de 20 minutes. Elle a régulièrement des crises d'angoisses qui nécessitent que son mari quitte son travail pour rentrer d'urgence à la maison pour s'occuper d'elle et des enfants. Le mari qui travaille à 100% à [...], employé exemplaire, peut heureusement compter sur la compréhension de son employeur. Sa présence évite qu'on fasse la démarche pour une allocation d'impotent.

**Quelle est la capacité de travail exigible ?**

Aucune activité exigible. Elle n'arrive déjà pas à assumer ses tâches de ménage."

Dans un courrier du 25 août 2011 à l'OAI, l'assurée a confirmé qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 60-80% eu égard à l'évolution de sa situation familiale. Elle expliquait avoir un fils de six ans mais disposer de plus de temps pour exercer une activité lucrative dans la mesure où ses filles, âgées de treize et onze ans, étaient devenues plus autonomes et nécessitaient une moindre présence de leur mère dans les activités quotidiennes.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée le 13 décembre 2011 au domicile de l'assurée. Selon le rapport d'enquête du 19 décembre suivant, l'assurée expliquait que son fils G. \_\_\_\_\_ souffrait d'un retard de développement et allait intégrer une

structure plus adaptée à son comportement l'année prochaine. Le taux auquel elle exercerait une activité lucrative pourrait être revu à la hausse dès que son fils serait plus autonome mais, pour l'heure, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 60% par nécessité financière (modeste salaire du mari et charges pour élever ses trois enfants), eu égard au fait que ses deux filles étaient déjà très responsables. L'enquêtrice a proposé de retenir un statut de 60% active et 40% ménagère, et estimé les empêchements ménagers à 33.1%, précisant que "les empêchements sont difficiles à évaluer car l'assurée peut compter sur son mari qui a pris l'habitude de tout faire".

Dans une communication interne du 31 janvier 2012, la Division réadaptation de l'OAI a relevé que le rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2011 n'avait pas fait l'objet d'un avis du SMR, qu'il était hasardeux de se fonder sur l'avis établi par ce service en 2006 et qu'un complément d'instruction médicale s'avérait nécessaire. Il a en outre constaté que l'octroi d'un quart de rente à la suite de la première révision résultait d'un calcul erroné, dans la mesure où il avait été tenu compte d'une capacité de travail de 50% d'un 45% alors que le SMR mentionnait un taux de 50% sous-entendu d'un 100%.

Le 21 février 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que le droit aux prestations était ouvert sur la base d'une atteinte à la santé somatique durable, essentiellement les séquelles de l'accident de voiture de 1998, que le rapport médical du médecin traitant du 15 juin 2011 qualifiait la situation d'inchangée et que les résultats des enquêtes ménagères semblaient confirmer une stabilité des empêchements. Partant, l'état de santé était stationnaire et la capacité de travail dans une activité adaptée devait être maintenue à 50%.

Dans un rapport final du 15 mai 2012, la Division réadaptation de l'OAI a procédé à un nouvel examen du calcul du préjudice économique, se référant aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique. Elle considérait que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait

pu entreprendre toute activité peu à moyennement qualifiée, au taux de 60%, ce qui correspondait à un revenu sans invalidité de 32'477 francs. Eu égard à une capacité de travail de 50% attestée par le SMR et à une réduction supplémentaire de 10% au titre des limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé était estimé à 24'358 francs. Le degré d'invalidité était ainsi de 25%.

Dans un avis médical du 3 juillet 2012, le SMR s'est positionné comme suit:

"Date de la demande: 01.01.2011

Pour ce qui précède, voir particulièrement les rapports SMR des 03.02.03 et 09.08.06, ainsi que l'avis du 21.02.12.

Brièvement, cette assurée actuellement âgée de 40 ans, couturière de formation, sans activité de travail, au statut mixte (60% active, 40% ménagère), présente au moment du premier rapport SMR cité, après accident de la circulation du 17.11.98, un état après polytraumatisme (TCC, fractures multiples des côtes, contusions, rupture de rate et lésions hépatiques), syndrome de douleurs chroniques multiples, état de stress post-traumatique, trouble dépressif récurrent avec épisode alors d'intensité moyenne. Aboutissant à la conclusion d'une capacité de travail nulle dans toute activité lucrative, hormis 30% en qualité d'aide ménagère.

Au moment du rapport SMR suivant, documenté par examen SMR rhumatopsychiatrique du 01.06.06, il peut être conclu à une relative amélioration globale de l'état de santé, une capacité de travail toujours nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée.

L'état de stress post-traumatique est alors amendé, ayant évolué vers une modification durable de la personnalité suite à expérience de catastrophe. L'épisode dépressif d'alors reste d'intensité moyenne. Les séquelles physiques sont précisées, sous forme de cervico-dorsolombalgies chroniques, état après tassement du mur antérieur de D4 et D5, état après polytraumatisme (avec TCC). Le syndrome de douleurs chroniques multiples n'est plus retenu, malgré la discrépance entre plaintes douloureuses et constatations objectives.

L'assurée aura alors pu mener à bien deux grossesses.

Dans le cadre de l'actuelle révision, l'assurée aura révélé un état de santé inchangé dans le formulaire ad hoc qu'elle signe le 24.02.11.

Le rapport de son médecin-traitant généraliste daté du 15.06.11 révèle un état de santé non modifié également.

La nouvelle enquête ménagère datée du 13.12.11 aura permis de confirmer une stabilité des empêchements; le statut aura été

modifié comme indiqué au-dessus, les enfants ayant grandi et étant désormais plus autonomes.

En l'état, le calcul du préjudice financier aboutit à la suppression du quart de rente en cours.

Le dossier est à nouveau présenté au SMR afin de préciser sa position.

En l'absence d'élément médical nouveau, force est de constater que la conclusion du dernier rapport SMR reste valable, avec un pronostic désormais assombri depuis l'examen SMR rhumatopsychiatrique du 01.06.06. En effet, la modification durable de la personnalité suite à expérience de catastrophe retenue par le spécialiste en psychiatrie est une entité chronique non/peu susceptible de s'améliorer au fil du temps; les informations données par le médecin-traitant actuel vont dans ce sens du maintien de l'affection et de ses effets sur la capacité au travail. Sans élément médical nouveau dans le sens de l'aggravation.

Sur le plan dépressif, la situation ne s'améliore pas au fil du temps; d'autant que plus s'ajoutent d'épisodes dépressifs, plus la probabilité de "guérison" s'amenuise, ce qui apparaît dans le cas de l'assurée. Avec toutefois absence d'élément médical nouveau dans le sens d'une aggravation.

Sur le plan somatique, on ne peut s'attendre à une amélioration de l'état de santé au fil du temps, mais au contraire à une aggravation progressive, au fur et à mesure que les troubles dégénératifs provoqués ou aggravés par le traumatisme de 1998 évoluent naturellement. En l'état du rapport médical cité, il n'y a pas d'élément médical nouveau dans le sens de cette aggravation."

Le 30 août 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de suppression de rente d'invalidité, en raison d'une modification de son statut d'active et ménagère et de l'absence d'aggravation de son état de santé. En référence aux différents avis médicaux et à l'enquête économique sur le ménage, l'invalidité globale découlait du calcul suivant:

"Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	60 %	25 %	15 %
Ménagère	40 %	33.1 %	
	13.24 %		
Degré d'invalidité			28.24 %"

Par décision datée du 9 octobre 2012, l'OAI a confirmé la suppression du droit à la rente d'invalidité, avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2012.

Conformément à une fiche d'entretien téléphonique du 10 décembre 2012, l'assurée, par son mandataire, s'est étonnée auprès de l'OAI de la suppression des prestations d'invalidité. Elle expliquait que si elle avait reçu le projet de décision du 30 août 2012, la décision du 9 octobre 2012 ne lui était jamais parvenue (ni à elle, ni à son mandataire). Ses propos ont été confirmés par courrier du 11 décembre 2012 à l'OAI.

Le 17 décembre 2012, l'OAI a adressé à l'assurée une copie de la décision du 9 octobre 2012, soulignant que la notification des décisions n'était pas de sa compétence mais de celle de la Caisse de compensation qui versait la rente.

**D.** X.\_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision du 9 octobre 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 11 janvier 2013, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle fait valoir que le status de 60% active et 40% ménagère ne tient compte ni de l'évolution de son état de santé, ni des contraintes inhérentes à la prise en charge de son fils G.\_\_\_\_\_; celui-ci présente un retard de développement le limitant dans son autonomie, son évolution et ses apprentissages, et l'effort déployé dans les activités de soutien à son égard exclut toute capacité de travail résiduelle, conformément au rapport du 18 décembre 2012 produit céans, établi par la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. La recourante critique en outre le rapport d'enquête économique sur le ménage, lequel ignore, selon elle, les conséquences dérivant de la prise en charge de son fils "pourtant essentielles dans le cadre d'une évaluation objective de la situation".

Dans sa réponse du 13 mars 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 5 avril 2013, la recourante a produit deux certificats médicaux établis le 12 mars 2013 par la Dresse D.\_\_\_\_\_, respectivement le 15 mars 2013 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. La Dresse D.\_\_\_\_\_ exposait ce qui suit:

"Le médecin soussigné atteste que l'état de santé de Madame X.\_\_\_\_\_ s'est péjoré depuis septembre 2011 avec l'apparition de vertiges rotatoires liés aux oreilles puis dès novembre 2011 des chutes avec pertes de connaissance dans le cadre de crises d'angoisse intenses avec hyperventilation, tétanie jusqu'à la perte de connaissance, ce qui a nécessité plusieurs consultations aux urgences et au cabinet avec une évacuation en ambulance lors d'une crise.

Un traitement psychothérapeutique intensif auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre, et de Mme M.\_\_\_\_\_, psychologue, à raison de 2-3 fois par semaine a dû être instauré. Une médication anxiolytique a également été ajoutée et le traitement antidépresseur habituel renforcé.

Madame X.\_\_\_\_\_ a besoin d'aide à la maison en permanence, aide apportée par son mari, ses filles, des membres de la famille. Elle est absolument inapte à assumer son ménage, sa famille, ou ses affaires administratives."

Le Dr P.\_\_\_\_\_, quant à lui, se prononçait comme suit:

"Nous suivons Mme X.\_\_\_\_\_ à notre cabinet de consultation psychothérapeutique depuis le 24.02.2012.

D'abord prise en charge par Mme M.\_\_\_\_\_, psychologue, elle est actuellement suivie par Mme L.\_\_\_\_\_, psychologue, qui est en arrêt maladie depuis deux semaines et pour une durée encore indéterminée.

Il ne nous est donc pas possible de produire un rapport médical circonstancié avant son retour, mais nous pouvons néanmoins affirmer suite à nos rendez-vous avec Mme X.\_\_\_\_\_ que son état de santé ne s'est pas amélioré, voir[e] s'est péjoré depuis son arrivée à notre cabinet en février 2012.

Ses troubles anxieux ainsi que son état dépressif restent extrêmement envahissants.

Nous restons très préoccupés par son état et son suivi sera repris de façon régulière au retour de sa psychologue."

Par courrier du 17 avril 2013 adressé céans, la recourante a requis l'audition en qualité de témoins de Mme M.\_\_\_\_\_ et de la Dresse

D.\_\_\_\_\_, et proposé comme expert le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans ses déterminations du 10 juin 2013, l'OAI a exposé qu'il existait des indices en faveur d'une possible aggravation de la situation médicale, antérieure à la date de la décision attaquée. Il considérait que de nouvelles mesures d'instruction étaient nécessaires et proposait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, psychiatrique, neurologique et oto-rhino-laryngologique auprès de la Clinique romande de réadaptation, conformément à l'avis du SMR du 21 mai 2013 produit céans et dont la teneur est la suivante:

"Cette assurée de 41 [ans], mère de 3 enfants, a été victime d'un accident de voiture en novembre 1998 [...]. Aucun document médical n'est convaincant de séquelles durables entravant actuellement une activité adaptée à des limitations fonctionnelles somatique et/ou psychiques qui ne sont pas précisées avec souci du détail.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ atteste l'aggravation de l'état de santé de l'assurée par son certificat du 12 mars 2013 et, ce, à partir de septembre 2011 par "l'apparition de vertiges rotatoires liés aux oreilles" puis dès novembre 2012 [recte: 2011] par des "chutes avec pertes de connaissances dans le cadre de crises d'angoisse avec hyperventilation". Le Dr D.\_\_\_\_\_ atteste aussi le 13 [recte: 12] mars 2013 que sa patiente suit un traitement psycho-thérapeutique intensif auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre, et de Mme M.\_\_\_\_\_ psychologue, à raison de "2-3 fois par semaines".

Le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre, suit l'assurée depuis février 2012. Il écrit pourtant en mars 2013, 13 mois après le début du suivi à son cabinet médical, ne pas être en mesure de rédiger un certificat médical circonstancié. Il affirme néanmoins que l'état de santé de sa cliente "ne s'est pas amélioré, voir (sic) s'est péjoré depuis son arrivée à notre cabinet en février 2012".

Une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis septembre 2011 ne peut donc être écartée aux motifs que le Dr D.\_\_\_\_\_ ne nous communiquerait aucun document relatif "aux vertiges rotatoires liés aux oreilles" et que le Dr P.\_\_\_\_\_ après plus d'une année de suivi dans son cabinet, sur la base de 2-3 consultations par semaine (d'après le Dr D.\_\_\_\_\_), ne serait pas à même de rédiger un rapport médical circonstancié (après donc 13 mois de suivi).

Afin de préciser les atteintes à la santé susceptibles d'entraver la capacité de travail de l'assurée, de possibles limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée, plaise donc au Tribunal de nous accorder la mise en place d'une

expertise rhumatologique, psychiatrique, neurologique et ORL auprès de la CRR à Sion."

La recourante a produit ceans une attestation de l'association [...] du 17 mai 2013, ainsi qu'un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2013, exposant notamment ce qui suit :

"Madame X. \_\_\_\_\_ a été adressée à notre cabinet de consultation par la Doctoresse D. \_\_\_\_\_ suite à plusieurs prises en charges psychothérapeutiques ayant pris fin pour des raisons indépendantes de la volonté de la patiente (départs en congé maternité, arrêts d'activité, notamment). La patiente présentait un état de détresse aigu inquiétant, qui nous a amené à entamer un suivi régulier avec interprète albanophone à raison d'une fois par semaine. Ce suivi a par la suite été augmenté, du fait de la dégradation de l'état psychique de la patiente. En effet, en sus de l'état dépressif sévère et du syndrome post-traumatique précédemment diagnostiqués (voir précédents rapports médicaux), la patiente a commencé à subir des attaques de panique toujours plus envahissantes accompagnées de vertiges et de sensations d'étouffement, ayant mené à plusieurs hospitalisations, l'une d'elle en ambulance [...].

Ces symptômes ont rapidement évolué vers un état d'anxiété généralisé, ce dernier se manifestant en plus des attaques de panique par un état d'hypervigilance éprouvant, en particulier le soir, des insomnies sévères et des réveils nocturnes angoissés et fréquents.

La symptomatologie post-traumatique a également été réactivée. La patiente souffre à nouveau de flashbacks, de cauchemars, d'idées récurrentes ayant trait à l'accident et à la mort, en particulier la mort de son frère.

Il semble à l'heure actuelle impossible à Madame X. \_\_\_\_\_ de surmonter la souffrance et le traumatisme, malgré la bonne-volonté manifeste dont elle fait preuve (elle ne manque jamais un rendez-vous et se montre très collaborante).

Le quotidien est devenu invivable dans ces conditions et ce malgré une solide prise en charge médicamenteuse et plusieurs tentatives de traitements annexes, tous ayant échoué.

[...]

### **Douleurs et troubles annoncés**

La patiente souffre d'une anhédonie et d'une apathie chronique liée à son état dépressif profond. Elle se plaint également de céphalées persistantes la réveillant parfois la nuit, d'insomnies chroniques, d'un état d'épuisement constant et incompréhensible ainsi que de vertiges l'obligeant à s'asseoir et lui faisant craindre des chutes. Elle n'a pratiquement pas d'activité dans la journée et marche avec difficultés. Elle continue à vivre des épisodes boulimiques, bien que très récemment, la réactivation du PTSD mentionnée plus haut ainsi

que la généralisation d'un état d'anxiété pathologique lui aient causé des angoisses d'étouffement fort préoccupantes, faisant parfois qu'elle cesse de s'alimenter durant une journée entière, de peur que les « aliments ne se bloquent dans sa gorge », ceci la renvoyant directement au souvenir traumatique de ses quatre intubations du larynx successives lors de son hospitalisation, dont l'une pratiquée alors qu'elle était consciente, ayant laissé en elle un profond sentiment d'effroi.

Madame X. \_\_\_\_\_ souffre également désormais d'une phobie des transports : le bus, l'avion et en particulier la voiture, cette dernière étant en lien direct avec la réactivation de son trauma lié à l'accident. [...]

Son état psychique est extrêmement préoccupant, invalidant et ce de manière persistante.

[...]

### **Discussion et pronostic**

Compte tenu de l'évolution actuelle nous ne pouvons aucunement parler en des termes de guérison ni de fin de thérapie, cette dernière allant selon toute vraisemblance se prolonger dans le temps. Il est extrêmement difficile de déterminer de manière exacte la durée d'une psychothérapie, mais dans le cas de Madame X. \_\_\_\_\_, nous pouvons affirmer que cette thérapie ne va pas durer quelques semaines ou mois.

Finalement, il nous paraît très important de souligner que le traitement psychothérapeutique ne peut suffire. Il doit s'accompagner d'une stabilisation de la situation financière de la famille, seule à même de lui procurer le sentiment de sécurité et de stabilité nécessaire à l'élaboration de ses deuils.

Au niveau psychiatrique, les multiples atteintes de la patiente la rendent, selon ce que nous avons pu observer, tout à fait inapte au travail, et ceci à raison d'une incapacité de 100%."

Le 30 janvier 2014, la recourante, désormais représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a déposé des observations complémentaires, en concluant, avec dépens, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, avec intérêt à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> avril 2011 et sous déduction des quarts de rente d'invalidité déjà versées. Dans un premier moyen, elle fait valoir que les conditions d'une reconsidération ne sont pas réunies dans la mesure où l'intimé justifie la suppression de la rente dans le cadre d'une révision par le fait d'un changement de statut d'active (45% à 60%), tout en rectifiant une erreur dans le calcul du taux d'invalidité (50% sur 100%, alors que précédemment 45% dans une

activité adaptée de 50%). Elle conteste en outre que sa rente n'ait été modifiée que depuis août 2012 sans que l'OAI ne puisse le savoir. Dans un nouveau moyen, elle conteste la prise en compte d'un statut d'active de 60%, au lieu de 45% comme retenu dans les précédentes décisions, au seul motif qu'elle a eu un troisième enfant, au surplus handicapé. Elle soutient ensuite qu'il n'appartient pas à l'OAI, au stade de la procédure judiciaire, de décider auprès de quel centre une expertise judiciaire doit être confiée. Par ailleurs, elle préconise la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique uniquement, et auprès du Dr F.\_\_\_\_\_. Finalement, s'agissant du degré d'invalidité, elle demande l'application d'un taux d'abattement de 25%.

Par déterminations du 27 février 2014, l'OAI a rappelé avoir proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, neurologique et oto-rhino-laryngologique), dans la mesure où il ne pouvait exclure une aggravation de la situation médicale antérieure à la date de la décision entreprise, vu le contenu des pièces médicales nouvelles amenées dans le cadre du recours. Il a également déclaré vouloir revenir sur les points discutés par le nouveau conseil de la recourante lorsque la question de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'intéressée serait clarifiée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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) - peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 et 57 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36); cette loi s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours doit être déposé dans le délai légal non prolongeable (art. 40 al. 1 LPGA) de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Ce délai commence à courir le lendemain de la communication de la décision attaquée, sans courir durant les fêtes pascales, estivales ou de fin d'année (art. 38 al. 1 et 4 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

La notification doit permettre au destinataire de prendre connaissance de la décision et, cas échéant, de faire usage des voies de droit ouvertes à son encontre. On considère que la décision est notifiée, non pas au moment où le destinataire en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où la décision entre dans la sphère de puissance de son destinataire (ATF 113 Ib 296 consid. 2a et les références).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2; 124 V 402 consid. 2a; 122 I 100 consid. 3b; 114 III 53 consid. 3c et 4; 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b; 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la

notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 103 V 63 consid. 2a; TF 9C\_413/2011 du 15 mai 2012).

**c)** En l'occurrence, l'intimé n'apporte pas la preuve que la décision du 9 octobre 2012 a bien été notifiée à la recourante ou à son mandataire. L'hypothèse que dite décision n'a pas été adressée à l'intéressée paraît ainsi vraisemblable. Partant, eu égard à la communication de l'OAI du 17 décembre 2012, il y a lieu d'admettre que le recours, parvenu au greffe du tribunal le 14 janvier 2013, a été formé en temps utile, auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient donc d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** 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).

**b)** Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI lors de la procédure de révision de la rente ouverte en janvier 2011, singulièrement sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**3. a)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La

rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

**b)** Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b; TF I 707/2001 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TF I 693/2006 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à

leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2; ATF 137 V 334).

**c)** L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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 revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 69, n° 3081 ss). La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que la personne assurée ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité et examinera si la personne doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activités).

Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à la personne assurée par des tiers (par exemple par des parents, voisins ou aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (ATF 130 V 97).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS, constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Une telle enquête permet en premier lieu d'estimer l'étendue d'empêchements dus à des troubles physiques. Elle conserve néanmoins valeur probante lorsqu'il s'agit d'évaluer les empêchements que l'intéressée rencontre dans l'exercice de ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique (cf. TF 9C\_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1). En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en général, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TF 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TF I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Cette priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et des empêchements qui en résultent. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [TF I 90/2002 du 30 décembre 2002]) puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordée aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (TF I 733/2003 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3).

**4. a)** 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_657/2009 du 15 novembre 2010 consid. 4.1; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; TF 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 2c; ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

**b)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210; 122 V 157 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

**5. a)** L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 25 avril 2003 sur le rapport médical du Service de psychiatrie [...]. En novembre 2002, la Dresse S. \_\_\_\_\_ diagnostiquait un état de stress post-traumatique, actuellement stabilisé, et un trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité moyenne, tous deux présents depuis l'accident de 1998. Le SMR diagnostiquait en outre un status après polytraumatisme et un syndrome de douleurs chroniques multiples, et retenait des limitations fonctionnelles sous forme de fatigabilité accrue, de troubles du sommeil, de douleurs multiples et de difficultés de concentration. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable. Les empêchements ménagers étaient par ailleurs estimés à 37.5%. En raison de son statut de

45% active et 55% ménagère, une demi-rente d'invalidité a été allouée à l'assurée, dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999.

Lors de la première révision du droit à la rente, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 20 juillet 2006. Les Drs H.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ énonçaient une amélioration de l'état de santé, avec un tableau clinique (dépression et syndrome de stress post-traumatique) qui avait tendance à évoluer en un syndrome douloureux chronique. Ils considéraient que l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée la reprise d'une activité professionnelle à 50% dès l'automne 2004, que ce soit en tant que mère au foyer ou en tant que personne active à l'extérieur, étant précisé que l'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible pour des raisons somatiques. Le droit à un quart de rente d'invalidité lui a dès lors été reconnu.

En juin 2011, dans le cadre de la seconde révision du droit à la rente, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique, d'état dépressif chronique et de syndrome douloureux cervico-dorso-lombaire. La situation actuelle était inchangée, la patiente restant comme emprisonnée dans un syndrome de stress post-traumatique malgré le traitement psychiatrique intensif dont elle avait bénéficié pendant des années. En outre, elle avait régulièrement des crises d'angoisse. Aucune activité n'était exigible, étant précisé qu'elle n'arrivait pas à assumer ses tâches ménagères (cf. rapport médical du 15 juin 2011). Le SMR a dès lors considéré, à l'aune du rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_, que la situation était inchangée (cf. avis du Dr V.\_\_\_\_\_ du 21 février 2012). Dans un nouvel avis, le SMR a confirmé l'absence d'élément médical nouveau dans le sens d'une aggravation. Il faisait toutefois état d'un pronostic assombri depuis l'examen rhumatopsychiatrique du 1<sup>er</sup> juin 2006, soulignant que la modification durable de la personnalité à la suite d'une expérience de catastrophe était une entité chronique non ou peu susceptible de s'améliorer au fil du temps et que les informations du médecin traitant allaient dans le sens du maintien de l'affection et de ses effets sur la capacité de travail. De plus,

on ne pouvait s'attendre, sur le plan somatique, à une amélioration de l'état de santé au fil du temps, mais plutôt à une aggravation progressive, au fur et à mesure que les troubles dégénératifs provoqués ou aggravés par le traumatisme de 1998 évoluaient naturellement (cf. avis du SMR du 3 juillet 2012).

En mars 2013, la Dresse D.\_\_\_\_\_ mentionnait une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis septembre 2011, avec l'apparition de vertiges rotatoires liés aux oreilles, puis dès novembre 2011, des chutes avec pertes de connaissance dans le cadre de crise d'angoisse intenses avec hyperventilation et tétanie, jusqu'à la perte de connaissance. Une médication anxiolytique avait été ajoutée, le traitement antidépresseur habituel renforcé, et un traitement psychothérapeutique intensif (deux à trois fois par semaine) avait débuté en février 2012 (cf. certificat médical du 13 mars 2013). Le Dr P.\_\_\_\_\_ attestait à cet égard que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré mais péjoré depuis son arrivée au cabinet de consultation psychothérapeutique en février 2012 (cf. certificat médical du 15 mars 2013). Il précisait également qu'en sus de l'état dépressif sévère et du syndrome post-traumatique précédemment diagnostiqués, l'assurée subissait des attaques de panique toujours plus envahissantes, accompagnées de vertiges et de sensations d'étouffement, ces symptômes ayant rapidement évolué vers un état d'anxiété généralisé (cf. rapport du 2 septembre 2013).

**b)** Les certificats médicaux des Drs D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont été établis postérieurement à la décision litigieuse. Cela étant, l'état de santé général de la recourante semble s'être aggravé à une date qui est vraisemblablement antérieure à la décision du 9 octobre 2012, ce que paraît concevoir le SMR. En effet, dans un avis du 31 mai 2013, il considère que l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis septembre 2011 ne peut être écartée au seul motif que la Dresse D.\_\_\_\_\_ n'a pas documenté auprès de l'assurance-invalidité les vertiges énoncés. Le SMR considère dès lors qu'une expertise rhumatologique, psychiatrique, neurologique et oto-rhino-laryngologique permettrait de préciser les atteintes à la santé susceptibles d'entraver la capacité de

travail de l'assurée, les possibles limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ses déterminations du 10 juin 2013, l'OAI s'est rallié à l'avis médical du 31 mai 2013, rédigé par les Drs J.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, et convenait de la nécessité de procéder à un complément d'instruction.

**c)** Au vu des considérations médicales faites à la suite de la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante semble s'être péjoré, mais à une date que l'on ignore et sans qu'il soit possible de déterminer l'impact des séquelles et symptômes actuels sur sa capacité de travail. Vu les lacunes d'instruction constatées, il s'ensuit que ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité (somatique et psychique), ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail et dans l'accomplissement de ses tâches ménagères (particulièrement l'éducation de son fils G.\_\_\_\_\_) n'ont pu être établis de manière probante. Les considérations des Drs D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ne suffisent au demeurant pas à statuer sur ces questions. Compte tenu de ces circonstances, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel 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 LPGGA - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de renvoyer l'affaire pour que l'office intimé procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins d'élucider les points qui précèdent, particulièrement en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, neurologique et oto-rhino-laryngologique) comme le propose le SMR, tout en respectant le droit de participation des parties (cf. art. 44 LPGGA ; ATF 137 V 210). Il conviendra également que les experts se prononcent sur la capacité de la recourante à accomplir les travaux habituels (cf. consid. 3c). Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

Eu égard à l'issue du litige, les autres questions soulevées par la recourante, particulièrement celles soulevées dans ses observations complémentaires du 30 janvier 2014, peuvent rester ouvertes le temps que soit éclaircie la question de l'évolution de son état de santé.

**6.**           **a)** En définitive, le recours doit être admis, la décision du 9 octobre 2012 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté

          La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 9 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 X.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour X.\_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :