

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2014

Présidence de M. MÉTRAL

Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Gerber, juge suppléant

Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par U. _____, à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée et mère d'une fille mineure, a suivi une formation d'aide-soignante avant de travailler comme vendeuse jusqu'en juillet 2001. Hospitalisée à plusieurs reprises en raison d'épisodes dépressifs avec idées suicidaires, elle s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% du 27 février 2001 au 16 mai 2002, à 50% jusqu'au 31 août 2002, derechef à 100% jusqu'au 31 décembre 2005, puis à nouveau à 50%. Elle a entre-temps déposé, le 28 janvier 2003, une demande de prestations de l'assurance- invalidité (ci-après : AI).

Par décision du 22 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2008, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Par décision du 3 octobre 2008, il lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 juillet 2002, une demi-rente du 1^{er} août au 30 novembre 2002, une rente entière du 1^{er} décembre 2002 au 31 mars 2006, puis une demi-rente du 1^{er} avril 2006 au 31 août 2008.

Par acte du 23 septembre 2008, T. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 22 août 2008.

Le 4 octobre 2009, l'assurée a chuté accidentellement du 3^{ème} étage (environ 8 mètres) dans un contexte d'éthylisation aiguë. Elle a été hospitalisée au B. _____ (ci-après : B. _____) du X. _____ (ci-après : X. _____) du 4 au 22 octobre 2009. Selon le rapport du 26 octobre 2009 des Prof. M. _____ et C. _____ et des Drs R. _____ et I. _____, spécialistes en neurochirurgie, l'assurée souffrait principalement d'un traumatisme cervical avec antélisthesis C6-C7 de grade 1, d'une luxation C6-C7, d'une fracture facettaire à droite associée, ainsi que de fractures de divers pédicules C4 à C6 et de deux lames de C6. Il s'y ajoutait notamment une fracture du bassin. A la sortie de l'hôpital, aucun déficit neurologique n'avait été constaté. Sous le titre incapacité de travail, le rapport déclarait que la patiente était « en attente d'une demande d'AI ».

L'assurée a été à nouveau hospitalisée au B. _____ du 18 au 23 janvier 2010 aux fins de fixation cervicale postérieure. Selon le rapport

de sortie du Prof. M. _____ et des Drs Z. _____ et F. _____ du 17 mars 2010, l'évolution à la sortie était favorable, mais l'incapacité de travail était complète jusqu'à la prochaine consultation. Le Dr Z. _____ a revu l'assurée en date du 21 avril 2010. Il a constaté une très bonne évolution, l'assurée n'ayant plus de plaintes hormis une douleur minime au niveau de la nuque. Son rapport médical du 21 avril 2010 faisait état de l'appréciation suivante : « Je voudrais revoir la patiente vers la fin juillet 2010 avec préalablement, un CT-scan cervical de contrôle ainsi que des radiographies fonctionnelles, pour commencer à juger l'importance de la fusion à ce moment-là. Nous la reverrons également un an après la chirurgie (soit au mois de janvier 2011) avec le même bilan radiologique ». Le Dr Z. _____ a revu l'assurée en date du 24 janvier 2011 pour un contrôle clinique et radiologique. Selon son rapport du 3 février 2011, l'intéressée se plaignait de céphalées, de douleurs aux membres supérieurs ainsi que de douleurs nucales depuis 3 mois. L'examen neurologique était tout à fait dans la norme et les cicatrices restaient calmes. Un CT-scan et des radiographies fonctionnelles montraient l'absence de mouvement entre les cervicales et une fusion complète à droite et quasi complète à gauche. De l'avis du Dr Z. _____, la présence des douleurs suite à un tel accident semblait tout à fait normale, d'autant que l'évolution radioclinique était favorable. Il estimait toutefois important de demander l'avis d'un spécialiste antalgique. Il annonçait revoir l'assurée en juillet 2011 avec un nouvel examen de CT-scan et des radiographies fonctionnelles.

Le juge instructeur chargé du recours contre la décision de l'OAI du 22 août 2008 a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, qu'il a confiée au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 juillet 2010, celui-ci a posé les diagnostics suivants :

- troubles dépressifs récurrents, d'intensité fluctuante dans le passé, actuellement en rémission,
- état anxieux de moyenne intensité (anxiété flottante, anxiété généralisée), avec tendance à la phobie sociale associée,
- troubles spécifiques de la personnalité, personnalité émotionnellement labile, type borderline.

L'expert exposait en outre ce qui suit :

« Ce sont les 2ème et 3ème diagnostics qui forment encore aujourd'hui une problématique avec influence sur la capacité de travail. L'assurée présente donc de réelles difficultés liées à ces diagnostics, mais elle dispose aussi, comme dans le passé, de ressources et capacités adaptatives et évolutives. De ce fait, après la prise en considération de l'ensemble des facteurs et documents, nous retenons sur le principe une incapacité de travail durable de 50%. Comme dans le passé, cette incapacité peut momentanément augmenter selon les crises et difficultés. Mais comme l'assurée a remarqué elle-même à juste titre, ces dernières années les hospitalisations, voire moments d'aggravation ont clairement diminué.

Il est évident qu'une telle personnalité doit, dans son engagement professionnel, respecter quelques limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, à savoir éviter d'être dans un "front office" avec un contact dominant avec des clients/usagers. Il était de même pour les activités intellectuellement exigeantes ou stressantes, ce que la tentative de travail en tant que vendeuse auxiliaire (boulangerie) a montré. Là aussi, nous rejoignons l'expert précédent ainsi que les mises en garde de l'assurée elle-même. Au fond, elle a besoin d'une place de travail avec un cahier des charges clair, une attitude soutenante des supérieurs, l'absence d'une conflictualité de stress majeur, ainsi qu'un gradient hiérarchique faible. Il s'agit bien sûr d'une liste idéale, la réalité n'est souvent pas ainsi, mais nous ne pouvons ici que formuler le cadre médicothéorique pour lequel on peut imaginer l'assurée fonctionner.

Théoriquement aussi, surtout après de tellement longues périodes de déstabilisation et d'absence du marché du travail, des mesures de réentraînement, voire de stages professionnels sont indiqués. Néanmoins, ceci peut uniquement se faire avec la participation et motivation de l'assurée.

Selon la réalité économique, les deux formules sont effectivement imaginables : ou bien l'assurée travaille à 50% avec un rendement plein (100%), ou bien, avec une présence de 100% (8h/j), son rendement est à 50%. Ceci dépend du contexte professionnel dans lequel elle se trouve.»

Par arrêt du 10 mars 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours contre la décision de l'OAI du 22 août 2008, estimant que, sur la base de l'expertise du Dr L._____, il y avait lieu de retenir, à l'instar de l'office intimé, que la recourante présentait une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité depuis le début de l'année 2006. C'était dès lors à bon droit que l'OAI avait réduit le droit à la rente à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2006. Dans sa motivation, l'arrêt relevait encore ce qui suit :

« Quant aux troubles et limitations d'ordre somatique, certes sévères et intervenus à la suite d'un accident pour le moins peu anodin, ils sont survenus en octobre 2009, soit postérieurement à la décision attaquée, de sorte qu'ils échappent au présent examen,

comme le soutient à juste titre l'office intimé. Celui-ci n'en sera pas pour autant dispensé de réexaminer le cas de la recourante, au regard de ces nouvelles atteintes physiques, comme de la pathologie psychique, qui paraît s'être aggravée durant la procédure. »

B. Le 24 mai 2011, l'OAI a repris l'instruction du dossier suite à l'arrêt du Tribunal cantonal du 10 mars 2011.

Dans un rapport médical du 26 juillet 2011, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne et médecin-traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail présents depuis le 4 octobre 2009 de status post-fracture luxation C6-C7, fracture pédiculaire C4-C5-C6 à droite et C6 à gauche ; hémicrânie, nuchalgie, brachialgie droites chroniques séquellaires ; état dépressif traité ; troubles de la personnalité de type borderline. L'assurée avait bien récupéré d'un point de vue neurologique, mais une douleur chronique invalidante persistait. A la rubrique « *1.6 Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée* », le médecin a indiqué : « 50%, du au : cf décision AI antérieure (2004 ?) ». A la question de savoir si, d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible (point 1.7 du questionnaire médical), le Dr P._____ a répondu que tel n'était pas le cas, au degré de « 100% actuellement ». Le rendement de l'assurée était réduit par des troubles de l'humeur persistant avec douleur chronique. Une reprise partielle du travail devrait être reconsidérée selon l'évolution des douleurs.

Le Dr V._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a pris position le 7 septembre 2011. Estimant que dans son rapport médical du 21 avril 2010, le Dr Z._____ n'avait plus retenu d'incapacité de travail, le Dr V._____ a considéré que l'incapacité de travail pour raisons somatiques (accident avec fractures multiples et contusions pulmonaires) avait été de 100% du 4 octobre 2009 au 21 juillet 2010, compte tenu d'un délai de 3 mois de convalescence/consolidation après la consultation du Dr Z._____. Hormis cette période, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2006, à traduire en terme de métiers par un spécialiste en réadaptation.

Selon un rapport du Dr Z._____ du 13 décembre 2011, l'assurée examinée le 31 octobre 2011 présentait des douleurs cervicales chroniques, en amélioration. Un examen radiologique par imagerie à

résonance magnétique (ci-après : IRM) n'avait pas montré de dégénérescence sous-jacente. Le traitement proposé était la poursuite de la physiothérapie et du traitement médicamenteux.

Selon un rapport du 17 janvier 2012 du Dr S._____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 16 juin 2010, celle souffrait d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), d'un trouble anxieux (F41.9), de phobies sociales (F40.1), d'une agoraphobie avec trouble panique (F40.0) et de boulimie (F50.2). Le Dr S._____ considérait ce tableau psychiatrique comme étant de toute évidence invalidant. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 juin 2010. La dernière tentative de relation affective de l'assurée en novembre 2011 s'était soldée par un échec, avec comme conséquence une aggravation de son tableau dépressif, de sa boulimie, de sa phobie sociale et de son anxiété. L'assurée ne sortait pour ainsi dire plus de chez elle. L'évolution était cependant favorable en ce sens qu'elle n'avait pas attenté à sa vie depuis 2009 et qu'elle n'avait plus été hospitalisée dans un contexte de crise. La symptomatologie dépressive restait d'actualité avec la persistance d'une humeur dépressive récurrente et fréquente, une anhédonie, une perte de la motivation et de la confiance en soi, une très basse estime d'elle-même, un retrait social, un pessimisme, une fatigabilité des tensions musculaires régulière, des idées noires fréquentes et récurrentes. Le pronostic restait très réservé.

Dans un avis SMR du 2 février 2012, le Dr V._____ s'est référé au rapport médical du 26 juillet 2011 du Dr P._____ et notamment à l'indication donnée par celui-ci au point 1.6 de son rapport (« incapacité comme aide-infirmière 50%, cf. décision AI antérieure »), éléments que le SMR a interprété dans le sens d'un retour au statu quo ante. Le Dr V._____ a en outre relevé que le Dr P._____ avait précisé que l'activité habituelle de sa patiente était exigible à 100%. Quant au rapport du 17 janvier 2012 du Dr S._____, il ne contenait pas les critères-symptômes d'un épisode dépressif sévère puisque l'humeur dépressive était qualifiée de récurrente et fréquente et que le psychiatre décrivait une vie sociale avec fréquentation d'établissements publics et rencontres avec des tiers.

Dans un avis SMR du 11 mai 2012, le Dr V._____ a précisé sa position comme suit :

« L'expertise L. _____ mise en place par la CASSO confirme les conclusions du rapport d'examen SMR du 30 juin 2006.

Les limitations fonctionnelles psychiques sont détaillées par l'expert en page 25.

L'incapacité de travail a été de 100% pour des raisons somatiques (accident avec fractures multiples et contusions pulmonaires) du 04.10.2009 au 21 juillet 2010, soit 3 mois après la consultation du Dr Z. _____ dans le rapport de laquelle il ne retient plus d'incapacité de travail. L'intervalle de 3 mois est lié à la période de convalescence/consolidation. Le Dr P. _____ médecin de famille retient une CT [capacité de travail] de 50% depuis 2004 dans l'activité d'aide-infirmière en prenant en compte des douleurs chroniques et les troubles psychiques. Il confirme au point 1.7 de son RM [rapport médical] du 26.07.2011 que cette activité est exigible à 100%. Au paragraphe 5 de son RM [rapport médical] il écrit que l'évolution est favorable en ce sens qu'elle n'a pas tenté (attenté ?) à sa vie depuis 2009 et qu'elle n'a pas été hospitalisée dans un contexte de crise.

Le Dr S. _____ qui suit l'assurée atteste une IT [incapacité de travail] de 100% depuis juin 2010, soit antérieurement à l'expertise judiciaire. Il reçoit l'assurée actuellement 1 fois par mois. De plus le Dr S. _____ rapporte un arrêt complet de l'alcool ce qui ne saurait en aucun [cas] constituer une aggravation de l'état de santé, bien au contraire cela démontre que la pratique alcoolique du passé n'était rien d'autre qu'une sale manie et non une atteinte à la santé au sens de la LAI.

Il n'y a donc d'aggravation durable de l'état de santé psychique depuis l'expertise judiciaire du 21 juillet 2010. La capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée à traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation depuis le 1 janvier 2006 ».

En date du 9 juillet 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision selon lequel l'aggravation de l'état santé consécutif à l'accident du 4 octobre 2009 avait entraîné une incapacité totale de travail du 4 octobre 2009 au 21 juillet 2010. Depuis cette date, la capacité de travail était à nouveau de 50% dans toute activité. Il en découlait un droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2010. A partir du 1^{er} novembre 2010, l'assurée n'avait à nouveau droit qu'à une demi-rente.

Par courrier du 21 septembre 2012, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle s'opposait au préavis du 9 juillet 2012, s'estimant totalement incapable de travailler depuis le 25 juin 2010. Elle s'appuyait sur le rapport de son médecin psychiatre, le Dr S. _____, daté du 20 septembre 2012. Celui-ci y déclarait que l'assurée, qu'il suivait depuis le 25 juin 2010, présentait une incapacité totale de travail depuis cette date. Il rappelait le diagnostic posé dans son rapport du 17 janvier 2012 et déclarait que

l'ensemble de la symptomatologie était toujours d'actualité, raison pour laquelle l'assurée n'était absolument pas prête à travailler et requérait de toute évidence une rente AI à 100%.

Le 4 octobre 2012, les Dr V._____ et K._____, également médecin au SMR, ont maintenu la position précédemment exprimée par le Dr V._____. En l'absence d'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise du Dr L._____ du 21 juillet 2010, il fallait considérer que l'avis du Dr S._____ sur la capacité de travail exigible n'était que l'appréciation différente d'une situation similaire à celle appréciée par l'expert L._____ en juillet 2010.

Par décision du 28 février 2013, l'OAI a révisé la rente de l'assurée en l'augmentant à une rente entière rétroactivement dès le 1^{er} janvier 2010 jusqu'au 31 octobre 2010. Le 6 mars 2013, l'OAI a accordé à l'assurée 412 frs. à titre d'intérêts moratoires sur les prestations versées rétroactivement.

C. Par acte du 11 avril 2013, par l'entremise de son conseil, T._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 28 février 2013 en tant que cette décision diminuait, au 1^{er} novembre 2010, sa rente à une demi-rente. Elle fait valoir qu'il n'y a pas eu de modification notable de son état de santé au mois de juillet 2010. Elle conclut à ce que la décision soit réformée en ce sens qu'elle continue à avoir, après le 31 octobre 2010, droit à une rente d'invalidité entière.

Dans sa réponse du 21 juin 2013, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 11 juillet 2013, la recourante a maintenu ses conclusions.

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 l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959

sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1, 9C_500/2011 du 26 mars 2012, consid. 3.1).

D'après une jurisprudence constante, l'OAI est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, que les experts aboutissent à des

résultats convaincants et que leurs conclusions sont sérieusement motivées, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). Il en va de même, selon la jurisprudence, pour les rapports des médecins des assureurs (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc, et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des différents rapports médicaux doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 252) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par le juge ou l'administration et à procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

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 ; VSI 2000 p. 154 consid. 2b).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et la référence, TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2).

3. La décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 ss ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, 112 V 371 consid. 2b p. 372 ss, 387 consid. 1b p. 390 ss). Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, la révision de la rente a lieu trois mois après le changement de la capacité de gain.

4. La décision attaquée comporte une double révision successive de la demi-rente accordée en vertu de la décision du 22 août 2008 confirmée par l'arrêt du 10 mars 2011 du Tribunal cantonal. D'abord, cette décision du 22 août 2008 est révisée dans le sens d'une augmentation à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2010. Ensuite, la décision d'octroi d'une rente entière est révisée avec effet au 1^{er} novembre 2010 dans le sens d'une diminution à une demi-rente. L'augmentation de la demi-rente à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010 ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces au dossier et ne fait l'objet d'aucune

contestation entre les parties. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir. En revanche, la recourante conteste la seconde révision, à savoir la réduction des prestations à une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2010.

5. a) L'augmentation de la rente d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 2010 a été motivée par les conséquences physiques de la chute du 4 octobre 2009 qui avait entraîné de multiples fractures. Selon le Dr V._____, il ressort du rapport du Dr Z._____ du 21 avril 2010 que l'incapacité totale de travail constatée dans les rapports du B._____ des 26 octobre 2009 et 17 mars 2010 en raison des lésions physiques ne subsistait plus, puisque l'évolution était très bonne et que l'assurée n'avait plus de plaintes. Toutefois, dans ce rapport, le Dr Z._____ ne s'est pas prononcé expressément sur la capacité de travail de la recourante. En outre, il y a précisé qu'il souhaitait revoir la patiente vers la fin juillet 2010 pour « commencer à juger de l'importance de la fusion [après fixation postérieure d'une fracture-luxation C6-C7 le 19 janvier 2010] à ce moment-là » ; il proposait également de revoir l'intéressée un an après la chirurgie (soit au moins de janvier 2011) avec le même bilan radiologique. On ne peut en conclure, sans autre avis d'expert, ni même de question complémentaire au Dr Z._____ relativement à son appréciation de la capacité de travail à l'époque, que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dès le mois de juillet 2010.

Par ailleurs, selon le rapport du 26 juillet 2011 du médecin traitant, le Dr P._____, l'assurée avait bien récupéré d'un point de vue neurologique, mais souffrait de douleurs chroniques invalidantes (hémicrânie, nualgies et brachialgies droites chroniques). Dans ses avis des 2 février 2012 et 11 mai 2012, le Dr V._____ a déduit du rapport du Dr P._____ que celui-ci aurait confirmé qu'une capacité de travail de 50% comme aide-infirmière était exigible à 100%. Or, si le Dr P._____ a bien fixé un degré de « 100% » au point 1.7 de son rapport concernant « l'activité exercée à ce jour », c'est après avoir coché la case selon laquelle l'activité exercée jusqu'alors n'était pas exigible. Manifestement, le Dr P._____ a déclaré un degré de 100% dans le sens d'une incapacité totale de travail, d'autant qu'il précisait encore qu'une reprise partielle du travail devrait être reconsidérée selon l'évolution des douleurs. Certes, l'avis du Dr P._____ comporte certaines ambiguïtés dans la mesure où il répond à la question 1.6 relative à l'incapacité de travail attestée dans la profession d'aide-infirmière en la fixant à 50 % selon « décision AI antérieure (2004 ?) ». Il semble qu'il faille déduire de cette référence à la décision antérieure de l'OAI que le Dr P._____ a exposé au point 1.6 le

taux d'incapacité de travail précédemment admis officiellement et non son évaluation propre au moment du rapport, contrairement au point 1.7. Le Dr V._____ s'est donc fondé à tort sur le rapport du Dr P._____ pour confirmer la thèse selon laquelle la capacité de travail de la recourante pour des motifs physiques était revenue de manière durable à l'état antérieur à l'accident du 4 octobre 2009. Il en découle que son avis est dépourvu de force probante. Quant aux rapports du Dr Z._____ des 3 février et 13 décembre 2011, ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante en raison des douleurs chroniques.

b) Selon l'expertise judiciaire du 21 juillet 2010 du Dr L._____, l'assurée souffrait notamment de troubles dépressifs récurrents, en rémission lors de l'expertise, et avait une capacité de travail de 50% avec un rendement plein (100%), ou bien, un rendement de 50% en cas de présence de 100% (8h/j). En revanche, selon les rapports du Dr S._____ des 17 janvier 2012 et 20 septembre 2012, l'incapacité de travail était totale depuis le 25 juin 2010, date du début du traitement. Le Dr S._____ n'a toutefois pas motivé la différence avec l'expertise judiciaire du Dr L._____. Certes, il a affirmé en janvier 2012 que le trouble dépressif récurrent était dans un épisode sévère. Il n'explicite néanmoins pas les motifs pour lesquels il y aurait lieu de retenir un tel épisode sévère de dépression dès juin 2010, malgré le résultat de l'expertise judiciaire. Au contraire, il mentionne une aggravation du tableau dépressif, de la boulimie, de la phobie sociale et de l'anxiété suite à l'échec d'une tentative de relation affective de l'assurée en novembre 2011. Les rapports du Dr S._____ ne démontrent ainsi pas avec une vraisemblance prépondérante une incapacité de travail supérieure à celle établie par le Dr L._____ avant la révision de la rente au 1^{er} novembre 2010.

Dans la décision attaquée, l'OAI estime, en se fondant sur l'avis du Dr V._____, qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'expertise du Dr L._____ de juillet 2010 et que l'avis du Dr S._____ sur la capacité de travail exigible est uniquement l'appréciation différente d'une situation similaire à celle appréciée par l'expert L._____ en juillet 2010. Ce faisant, il ne tient pas compte de la déclaration du Dr S._____, selon laquelle les atteintes psychiques se sont aggravées après novembre 2011. Même si le Dr S._____ ne distingue pas avec suffisamment de précision l'évolution dans le temps des atteintes psychiques de la recourante pour que son appréciation suffise à démontrer une incapacité durable de travail après le

1^{er} novembre 2010, l'existence d'une aggravation de la santé psychique de la recourante au moins à partir de novembre 2011 ne peut pas être niée sur la base de l'expertise du Dr L._____. Les rapports du Dr S._____ des 17 janvier 2012 et 20 septembre 2012 suffisent à remettre en question la force probante des rapports du Dr V._____ et K._____ des 11 mai 2012 et 4 octobre 2012 quant à l'évolution psychique de la recourante après octobre 2010.

c) Selon l'art. 88a, al. 1, RAI, si la capacité de gain s'améliore, 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.

En l'espèce, même si la capacité de gain de l'assurée s'était améliorée à partir de juillet 2010, il ressort des rapports médicaux des Drs P._____ et S._____ des doutes substantiels sur le caractère durable de cette amélioration. L'office intimé ne pouvait donc pas réviser la rente dès novembre 2010 sans approfondir l'évolution de la santé de la recourante à partir de cette date. Il convient donc de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il ordonne une expertise sur le plan somatique et psychique conformément à l'art. 44 LPGA.

6. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée doit donc être annulée dans la mesure où elle réduit la rente à une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2010. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 fr. seront mis à sa charge.

La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un avocat du service juridique d'U._____, a droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'500 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 28 février 2013 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée dans la mesure où elle a révisé la rente de l'assurée en la réduisant à une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2010. La cause est renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cent francs) à titre de dépens.
- IV. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- U._____, pour la recourante,
- 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 :