

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 novembre 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Georges Reymond,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le [...] 1952, était employée depuis le 1<sup>er</sup> août 1988 en tant qu'enseignante par l'Etat de Vaud.

Le 3 janvier 2004, l'assurée a été victime d'une chute à ski dont les conséquences feront l'objet d'une prise en charge par l'assurance-accidents.

A la suite de de cet événement, l'intéressée tentera à diverses reprises de reprendre le travail - totalement ou partiellement - avant de cesser finalement son activité pour le 30 avril 2007 ou le 30 juin 2007, selon les versions.

**B.** Les examens radiologiques pratiqués après l'accident ont révélé une fracture comminutive antérieure et du plancher du sinus maxillaire gauche avec hématosinus, sans lésion suspecte de nature post-traumatique au niveau du parenchyme cérébral (cf. rapport du 13 janvier 2004 du Dr AA.\_\_\_\_\_, radiologue) ; les résultats ont été considérés comme dans les limites de la norme pour l'âge (cf. rapport du 4 octobre 2004 du Dr AA.\_\_\_\_\_). Sera ultérieurement observée une importante rectitude cervicale avec attitude scoliotique à convexité gauche, sans lésion traumatique cervicale identifiée (cf. rapport du 31 janvier 2005 de la Dresse BB.\_\_\_\_\_, radiologue).

Parallèlement, dans un rapport du 16 février 2004, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a fait état d'une fracture par enfoncement du massif facial gauche et d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) simple. Le 1<sup>er</sup> mars 2004, il a précisé que l'évolution était lentement favorable avec une diminution des vertiges et du status algique, tout en notant des céphalées persistantes et des troubles de la concentration. Le 17 juillet 2004, il a signalé la persistance d'algies faciales sévères, avec céphalées et vertiges post-traumatiques, ainsi qu'une fatigabilité

intellectuelle marquée ; il a encore relevé une discrète amélioration au fil du temps.

Le 22 novembre 2004, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, a établi un compte-rendu signalant une hyperesthésie au niveau des nerfs V1, V3 à droite et V2 à gauche, un status sur fracture du malaire gauche, une fracture de type Le Fort II peu déplacée et une contusion cervico-cérébrale. Le 3 décembre suivant, elle a mentionné une aggravation des céphalées avec vertiges, suite à une surcharge professionnelle (burn out) ; outre une fracture de type Le Fort II avec malaire gauche, elle a diagnostiqué un TCC et une surcharge psychique et physique. Le 11 mars 2005, cette praticienne a constaté une nette amélioration de l'état général, avec un renforcement de l'état psychique.

Par rapport du 14 mars 2006, le Dr K.\_\_\_\_\_, neurologue, a signalé un syndrome cervico-vertébral gauche modéré, ainsi qu'une hyperesthésie et une hyperalgésie au niveau de l'hémiface gauche, peut-être plus prononcée que lors d'un précédent examen en 1989. A cela s'ajoutaient des cervico-céphalalgies associées à des troubles neuropsychologiques, qu'il préconisait d'investiguer.

Dans un compte-rendu d'examen du 12 juin 2006, N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP, a constaté des signes objectifs de souffrance cérébrale évoquant une atteinte fronto-temporale bilatérale. Il a plus précisément retenu que les fonctions de raisonnement et de mémoire à long terme étaient intactes, abstraction faite de déficits de la mémoire à court terme, de faiblesses de l'intégration auditive, d'un léger déséquilibre de la balance inhibition-impulsivité et d'une attention soutenue fragile, avec fatigabilité. Il a estimé que les ressources étaient suffisantes pour permettre à la patiente de rebondir en maîtrisant ses faiblesses.

**C.** Le 22 janvier 2007, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant la chute à ski subie le 3 janvier 2004.

Aux termes d'un formulaire 531<sup>bis</sup> complété le 9 février 2007, l'assurée a indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé en tant qu'enseignante de niveau secondaire supérieur à un taux de 50 % - soit neuf à douze périodes - par nécessité financière et intérêt personnel, cela depuis 1971.

A teneur d'un questionnaire pour l'employeur du 26 février 2007, le Service du personnel de l'Etat de Vaud a indiqué que l'assurée était employée en qualité d'enseignante de gymnase depuis le 1<sup>er</sup> août 1988, à un taux de 40,9 %. De ce questionnaire, il résultait encore que le salaire mensuel s'était élevé à 4'608 fr. 55 en 2006, que l'intéressée percevait un revenu mensuel de 1'437 fr. 30 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et que, sans atteinte à la santé, elle réaliserait depuis cette même date un revenu mensuel de 4'620 fr. pour son taux de 40,9 %.

Dans un rapport du 12 mars 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de fracture comminutive du plancher orbitaire gauche et de commotion cérébrale. Il a ajouté que la patiente était désormais suivie par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

Par rapport du 4 avril 2007, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de fracture malaire gauche, avec enfoncement et hématosinus, le 3 janvier 2004, et de traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle. Elle a constaté une importante fatigabilité sur le plan intellectuel et de la conversation, ainsi que des troubles de l'attention avec perte du fil de la conversation, des troubles mnésiques à court terme, des céphalées et des nausées après un court entretien. Au status, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a observé un syndrome cervicovertébral sans atteinte radiculaire et une hyperesthésie et hyperalgie de l'hémiface gauche. Dans une annexe à son rapport, cette

praticienne a encore précisé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que, par insuffisance de rendement, aucune autre activité n'était envisageable.

Le 25 avril 2007, le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud a transmis divers documents à l'OAI dont le dossier médical de l'assurée, comportant notamment un rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ du 22 mars précédent certifiant que l'intéressée ne pouvait plus travailler dans l'enseignement.

Le 30 août 2007, suite à un CT-scan du massif facial, le Dr C.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à une petite irrégularité de la paroi antérieure du sinus maxillaire gauche, à distance du trou sous-orbitaire, et à l'absence de lésion osseuse sur le trajet du nerf sous orbitaire.

Le 24 octobre 2007, le Prof. Z.\_\_\_\_\_, de la Division de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier P.\_\_\_\_\_), a réalisé une décompression intra-orbitaire du trajet du nerf V2 à gauche.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 15 novembre 2007. Selon le rapport du même jour, l'assurée a notamment confirmé à l'enquêtrice de l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50 % comme enseignante. Elle a en outre expliqué que son taux d'activité était en définitive de 50 % (47 % de périodes d'enseignement + 3 % de remplacements). Pour l'enquêtrice, il était dès lors justifié de considérer l'assurée comme active à 50 % et ménagère à 50 %. S'agissant plus particulièrement des empêchements ménagers, ils étaient évalués à 59,3 %.

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire au Centre [...] (ci-après : le Centre T.\_\_\_\_\_) de [...], où elle a été examinée par le Dr W.\_\_\_\_\_, neurologue, le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, et la neuropsychologue V.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 25 juin 2008, les experts ont retenu des diagnostics incapacitants sous forme de

status après accident de ski le 3 janvier 2004 (ayant entraîné une fracture malaire, un hématosinus, un TCC mineur avec commotion cérébrale et une probable distorsion cervicale simple), de syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale avec troubles neuropsychologiques modérés et de trouble anxieux-dépressif mixte. Les experts ont estimé que l'activité habituelle pourrait théoriquement être exercée au même taux que précédemment, en tenant compte d'une perte de rendement de 30 % ; selon les spécialistes du Centre T.\_\_\_\_\_, il était peu probable que la capacité de travail médico-théorique puisse être pratiquement mise en œuvre dans l'activité d'enseignante (face à de jeune élèves), vu la persistance de troubles cognitifs modérés. Ils ont ajouté qu'une activité adaptée, ne comportant pas de contact régulier avec des élèves, pourrait être exercée à 100 %, avec une diminution de rendement de 30 %. Concernant l'activité de femme au foyer, les experts ont retenu que le taux d'activité résiduel était plus important que celui décrit par la patiente, correspondant à 70 % d'un 100 %. Globalement, ils ont considéré qu'on pouvait accepter les incapacités de travail ordonnées par le médecin traitant pour une période de deux ans à partir de l'accident, au terme de laquelle la capacité de travail avait atteint 70 % dans l'activité d'enseignante et de femme au foyer.

Se référant aux conclusions des experts, le Dr X.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a établi un rapport d'examen le 14 juillet 2008 dans lequel il retenait une incapacité de travail de 100 % du 3 janvier au 9 mai 2004, de 50 % du 10 mai au 22 août 2004, de 0 % du 23 août au 29 septembre 2004, de 100 % du 30 septembre 2004 au 2 janvier 2006 et de 30 % depuis le 3 janvier 2006. Dès le mois de janvier 2006, la capacité de travail exigible était de 70 % (plein temps avec diminution de rendement de 30 %) dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée et ce depuis le mois de janvier 2006. Quant aux empêchements médicalement justifiés dans l'activité ménagère, ils étaient également fixés à 30 %.

Le 19 mars 2009 a été établie une fiche d'examen n° 5, aux termes de laquelle l'OAI a retenu que, selon le SMR et le Centre T.\_\_\_\_\_,

les empêchements ménagers étaient de 30 %. L'office a en outre fixé à 66'600 fr. le revenu sans invalidité dans l'activité d'enseignante à 50 % et à 46'620 fr. le revenu avec invalidité, aboutissant pour la part active à un degré d'invalidité de 30 % rapporté à 15 % (50 % de 30 %). Combiné à la part ménagère (50 % de 30 %), il en résultait une invalidité totale de 30 % dès le mois de janvier 2006.

Toujours en date du 19 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2006. L'office a notamment retenu que l'assurée avait présenté des périodes d'incapacité de travail à 100 % du 3 janvier au 9 mai 2004, à 50 % du 10 mai au 22 août 2004, à 0 % du 23 août au 29 septembre 2004, à 100 % du 30 septembre 2004 au 2 janvier 2006 et de 30 % depuis le 2 [sic] janvier 2006. Ainsi, à l'échéance du délai d'attente d'une année le 3 janvier 2005, l'intéressée avait présenté une entière incapacité de travail et de gain qui avait perduré jusqu'en janvier 2006. Dès le mois de janvier 2006, son taux d'invalidité était de 30 %. Attendu que les prestations AI ne pouvaient être allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, l'OAI en a déduit que l'assurée pouvait prétendre à une rente d'invalidité au plus tôt dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et ce jusqu'au 30 avril 2006, soit après trois mois d'amélioration avec un préjudice économique inférieur à 40 %.

Le 31 août 2009, l'assurée a fait part de ses objections, auxquelles elle a notamment joint deux rapports établis respectivement les 25 mai et 15 juin 2009 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le premier renvoyant aux avis précédemment émis par les médecins traitants, et le second relevant que la capacité résiduelle de travail de 70 % reconnue par le Centre T.\_\_\_\_\_ ne pouvait être appliquée que dans une activité adaptée. L'assurée a également produit un rapport du 10 juillet 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_, neurologue, retenant les diagnostics de status post accident de ski avec traumatisme crânien et facial le 3 janvier 2004, d'algie faciale gauche à prédominance en V2, de status post fracture faciale, de céphalées de type tensionnel (diagnostic différentiel : post traumatiques) et de troubles neuropsychologiques

d'origine indéterminée, ledit praticien renonçant par ailleurs à se prononcer sur la capacité de travail.

Par avis médical SMR du 29 octobre 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_ a considéré que les rapports des Drs B.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ne justifiaient pas de s'écarter des conclusions des experts du Centre T.\_\_\_\_\_.

Par décision du 29 janvier 2010, l'OAI a confirmé son projet du 19 mars précédent.

Le recours déposé par l'assurée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision a été partiellement admis par arrêt du 16 février 2012 (AI 94/10 - 59/2012), la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'office pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En résumé, la juridiction cantonale a considéré qu'il y avait lieu de reconnaître à l'assurée un statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère (consid. 6b) et de se rallier au rapport d'expertise du Centre T.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2008 (consid. 6c à 6e). L'OAI s'étant toutefois basé à tort sur une capacité résiduelle de travail de 70 % dans toute activité au lieu d'une activité adaptée, la Cour a conséquemment retenu que le dossier devait être renvoyé à l'office, auquel il incombait de « *mettre en œuvre les mesures d'instruction adéquates pour appréhender concrètement la situation de l'intéressée, notamment en déterminant le type d'activité adaptée que l'assurée pourrait réaliser, le revenu d'invalidé dans ce type d'activité et éventuellement les possibilités d'un reclassement de la recourante dans une activité essentiellement administrative, puis de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique* » (consid. 6f).

**D.** Le 24 octobre 2012, sous l'égide de l'OAI, l'assurée a débuté un stage d'orientation professionnelle auprès du Centre Y.\_\_\_\_\_, pour une durée de trois mois.

Les 30 octobre et 2 novembre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant, a établi deux certificats médicaux attestant

une entière incapacité de travail du 26 au 29 octobre 2012 puis du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2012.

Aux termes d'un rapport d'orientation professionnelle du 6 novembre 2012, les intervenants du Centre Y.\_\_\_\_\_ ont observé que l'assurée se fatiguait très vite en très peu de temps, qu'elle pouvait se concentrer un maximum de quinze minutes sur une activité, qu'elle devait ensuite s'accorder une pause pour récupérer mais que sa fatigue, loin de diminuer, allait plutôt en s'accroissant, ce qui occasionnait chez elle des migraines et des nausées, voire une envie de vomir ; en outre, des pertes d'équilibre avaient été constatées. Puisant de plus en plus dans ses réserves physiques et psychiques, l'assurée s'était finalement trouvée à bout de force et, lors de son dernier entretien avec les intervenants du centre, avait fait part de son incapacité à poursuivre la mesure malgré toute sa bonne volonté. Dans ces conditions, la mesure avait été interrompue le 5 novembre 2012.

Interpellé par l'OAI le 29 novembre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé, par retour de courrier non daté indexé par l'office le 14 janvier 2013, que le stage susmentionné avait dû être interrompu en raison de troubles paniques, d'épisodes d'anxiété généralisée et d'insomnie. Il a ajouté que la capacité de travail médico-théorique était réduite dans une activité adaptée eu égard à une incapacité à faire face à ce qui était nouveau ou stressant, à des troubles de la concentration, à une fatigabilité et à une incapacité à acquérir de nouvelles données. Concernant les travaux encore exigibles, il a estimé que l'assurée pouvait exercer une activité dans différentes positions (avec alternance des positions debout/couchée/assise selon effort) et les actes nécessitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, avec une rotation en position assise/position debout ou de monter des escaliers, ceux-ci étant limités à de courtes périodes de vingt à trente minutes, éventuellement en travail à domicile. Il a également signalé des limitations au niveau de la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation, ainsi que de la résistance.

Aux termes d'une fiche d'examen du dossier du 29 janvier 2013, l'OAI a en particulier retenu ce qui suit :

"RS 2007 :  $4'620 \times 13 = 60'060.00$  indexé à 2012 = 64'512.50  
(correspond aux 40 %)

RI (ESS) à 50 % avec abattement 20 % : 21'633.05

Préjudice part active :  $66,47 \% \times 50 \% = 33.23 \%$

Préjudice part ménagère :  $30 \% \times 50 \% = 15 \%$

Préjudice global = 48.23 %

□ LM : janvier 2004 ou 30 septembre 2004 si l'on tient compte de l'interruption de l'IT (plus de 30 jours)

□ à l'échéance du délai de carence d'une année, soit en janvier 2005, respectivement en septembre 2005, rente entière (100 %)

□ passage au quart de rente (48.23 %) après 3 mois d'amélioration depuis le 3 janvier 2006, soit le 01.05.2006

□ la demande est tardive, donc versement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 (12 mois avant le dépôt de la demande)"

Toujours le 29 janvier 2013, il a été relevé dans une nouvelle fiche d'examen que le revenu sans invalidité retenu correspondait à un taux d'activité de 40 %, alors même que l'assurée avait un statut d'active à 50 %, de sorte que les chiffres devaient être recalculés.

Le 4 avril 2013, l'OAI a établi un nouveau calcul du salaire exigible, arrêtant le revenu avec invalidité à 24'337 fr. 18 sur la base des données découlant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, niveau de qualification 4, année 2010, indexée à 2012), moyennant un horaire de 50 % et un abattement de 10 % tenant compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service. Quant au revenu sans invalidité, il était arrêté à 68'692 fr. 36. La comparaison de ces montants mettait en évidence un préjudice économique de 44'355 fr. 18, équivalant à un taux d'invalidité de 64,57 %. A titre d'exemple, les activités adaptées suivantes étaient énumérées : employée de bureau, aide de bureau, employée d'accueil.

Par décision du 19 septembre 2013, confirmant un projet du 17 avril 2013, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, remplacée par un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006. L'office a en particulier considéré que, suite à

l'accident du 3 janvier 2004, l'assurée avait présenté une capacité de travail tout d'abord fluctuante puis nulle du 30 septembre 2004 au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Depuis lors, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle exercée à 50 % avant l'atteinte à la santé, mais entière - sous réserve d'une diminution de rendement de 30 % - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre cognitif. Il en résultait une invalidité de 32,28 % pour la part active (50 % de 64,57 %) et de 15 % pour la part ménagère (50 % de 30 %), soit un degré d'invalidité global de 47 %. Observant en outre que les prestations n'étaient allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, l'OAI a conséquemment retenu que l'assurée pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, remplacée par un quart de rente (47 %) dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, après trois mois d'amélioration.

Dans le cadre du recours déposé par l'assurée devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de cette décision, les Drs P. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, du SMR, se sont déterminés le 28 mars 2014 sur le rapport de stage du Centre Y. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2012, ainsi que sur le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2013, et ont notamment préconisé ce qui suit :

" *Notre position* : visiblement le dossier est conflictuel depuis des mois et une procédure avec avocat est d'actualité. Manifestement, nous revoyons l'assurée 6 ans après l'expertise Centre T. \_\_\_\_\_ de 2008, à l'âge de 61 ans, alors qu'à l'époque elle n'en avait que 55. Les conclusions du rapport du stage d'Y. \_\_\_\_\_ précité sont plausibles au vu des diagnostics antérieurs et du vieillissement actuel. Ces constatations peuvent s'inscrire dans un contexte d'aggravation plausible, mais nous n'en connaissons pas la force ne disposant pas d'examen neuropsychologiques. A l'inverse, nous rappelons qu'une attitude démonstrative avait été constatée en 08. Le RM du 14.01.13 (Dr L. \_\_\_\_\_) serait compatible avec une aggravation, mais il demande bien de faire le bilan car les troubles allégués pourraient s'inscrire dans un cadre neuropsychologique et/ou psychiatrique. Force est de reconnaître, que nous ne disposons pas d'éléments tangibles infirmant cette appréciation.

*Au total*, en l'absence d'éléments clairs permettant de nous déterminer sur le plan neuropsychologique, nous recommandons de réaliser en 1<sup>ère</sup> intention, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF :

**un examen neuropsychologique avec Madame E. \_\_\_\_\_ à [...].**

Nous reverrons le dossier ultérieurement dès que nous disposerons des éléments demandés, et nous étudierons l'opportunité d'un examen psychiatrique en 2<sup>ème</sup> intention."

Cela étant, par arrêt du 13 juin 2014 (AI 264/13 - 144/2014), la juridiction cantonale a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 19 septembre 2013 et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical.

**E.** Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a écrit à l'assurée le 30 juin 2014, pour l'informer qu'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, neuropsychologie, psychiatrie) allait être mise en œuvre.

Le 5 août 2014, l'assurée a produit un certificat médical émis le 30 juillet 2008 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, exposant qu'en raison des séquelles laissées par l'accident du 3 janvier 2004, la patiente avait dû être suivie du 12 juin au 8 août 2008, au niveau logopédique et neuropsychologique, à la Fondation [...].

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire au Centre T.\_\_\_\_\_, où elle a été examinée les 7 et 9 janvier 2015 par les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par le neuropsychologue U.\_\_\_\_\_. Les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ ont ensuite fait part de leurs conclusions dans un rapport du 7 avril 2015, dont on extrait ce qui suit :

### **"SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

#### Rappel de l'histoire médicale [...]

En 2012 et 2013, suite à une chute, elle a subi une arthroscopie des deux genoux. Elle n'a plus aucun problème à ce niveau.

#### Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour, en dehors de l'hyperesthésie cutanée en regard de l'os malaire gauche et la discrète limitation de l'inclinaison latérale cervicale gauche, est

rigoureusement normal. La mobilité des deux genoux est normale et indolore et il n'y a aucune séquelle des arthroscopies subies récemment.

*En conclusion*, la capacité de travail est complète en temps et rendement[.]

Sur le plan neuropsychologique, l'examen de cette expertisée de 62 ans, victime d'un accident de ski en 2004 avec TCC mineur, sans lésion cérébrale à l'imagerie, met en évidence des performances cognitives en général dans la norme du groupe d'âge dans les fonctions testées.

Les seuls déficits constatés concernent partiellement l'attention, dans une tâch[e] informatisée d'alerte, la flexibilité (fonctions exécutives), dans une seule tâche toutefois, informatisée elle aussi, et la reconnaissance visuelle[.] Il s'agit cependant de perturbations non systématiques - les autres tâches attentionnelles étant dans les limites des normes, tout comme le rappel différé de la Figure complexe pour ce qui concerne la mémoire visuelle, et les autres tâches de flexibilité sont aussi en ordre[.] Par ailleurs, deux des déficits concernent des tâches informatisées présentées en toute fin d'examen, mais on ne peut guère évoquer la fatigue pour les expliquer : la tâche informatisée d'attention divisée, qui est normale, a aussi été proposée en fin d'examen, tout comme le d2-R, qui est aussi dans les limites de la norme alors qu'il s'agit d'une tâche exigeante et discriminante, ou encore, dans un domaine non attentionnel, le Zoo de la BADS, qui requiert aussi une certaine concentration. Ces altérations ponctuelles apparaissent ainsi peu significatives.

Comparativement au dernier examen neuropsychologique en notre possession, celui de 2008 pratiqué au Centre T.\_\_\_\_\_, le comportement de l'expertisée face aux tests s'est amélioré, les aptitudes mnésiques, tant en mémoire de travail qu'en mémoire épisodique sont désormais normalisées, tout comme la vitesse de traitement (à dire vrai, les indices de Mémoire de travail et de Vitesse de traitement de la WAIS-IV sont aujourd'hui en dessus de la moyenne). On retrouve en revanche le ralentissement en alerte déjà observé en 2008.

Il peut être évoqué une discrète fatigabilité si l'on en croit les bâillements observés chez cette expertisée durant une épreuve[.]

L'imagerie cérébrale n'a jamais mis en évidence de lésions cérébrales post-traumatiques, la perte de connaissance n'a été que brève au moment de l'accident, sans amnésie péri-traumatique, [c] qui permet de retenir un diagnostic TCC mineur.

A relever aussi que l'expertisée rapporte dès le départ des causes non directement cognitives pour justifier son incapacité de travail, soit des céphalées importantes ainsi que des troubles du sommeil résultant au moins pour partie de ses douleurs faciales, avec une fatigue qui perturbait secondairement sa concentration et sa mémoire.

*En conclusion*, les difficultés observées ne constituent pas un trouble neuropsychologique, la capacité de travail est complète en temps et rendement[.]

Sur le plan psychique, la présente évaluation n'a pas mis en évidence d'atteinte de l'humeur, ni une anxiété dont l'intensité justifie la pose d'un diagnostic spécifique, ni d'autres troubles. A relever que la problématique anxieuse a complètement disparu depuis des années. Madame A. \_\_\_\_\_ se dit satisfaite d'elle-même, ce sont principalement la fatigue, les céphalées et troubles cognitifs qui la dérangent.

L'anamnèse est concordante avec l'observation, il n'y a pas de trouble observé[.]

On relève depuis des années, un tableau clinique subjectif compatible avec un syndrome post-commotionnel, avec céphalées, troubles du sommeil, acouphènes et surtout fatigue mentale et physique avec intolérance au moindre stress, déjà mentionné dans l'expertise Centre T. \_\_\_\_\_ de 2008. Les troubles cognitifs associés ont diminué.

Lors de l'expertise 2008, il a donc été retenu un diagnostic de syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale simple, en l'absence de toute atteinte cérébrale à l'imagerie. La neuropsychologue mentionnait en 2008 que *Madame A. \_\_\_\_\_ peut évoquer des souvenirs immédiatement avant et immédiatement après l'accident, mais ne se souvient pas de l'impact même. Elle ne peut déterminer avec certitude si elle a ou non perdu connaissance, mais pense que oui[.] Elle décrit une impression de souvenirs flous et discontinus jusqu'à son transfert en ambulance[.]*

*En conclusion*, il subsiste actuellement une symptomatologie de syndrome post-commotionnel chronicisée, dans un contexte de traumatisme crânien mineur, sans lésion cérébrale, avec une certaine fixation sur les symptômes, notamment la fatigue[.] La symptomatologie est purement subjective et non expliquée sur un plan organique. Depuis 2008, le trouble anxieux et dépressif mixte a disparu. Il n'y a par ailleurs aucune autre symptomatologie psychiatrique[.]

**Conclusions générales** : il n'y a à ce jour plus aucune justification à retenir une incapacité de travail. On constate clairement une évolution positive sur ces 4-5 dernières années. Si lors de la précédente évaluation psychiatrique au Centre T. \_\_\_\_\_ en 2008 il avait été retenu un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne, cette symptomatologie n'est plus mise en évidence actuellement[.] Il n'est pas possible, exactement de définir depuis quand celle-ci n'est plus significative, mais selon l'expertisée elle-même, elle estime aller bien dans le domaine psychique depuis deux à trois ans au moins. Nous estimons que ceci est également valable pour les troubles neuropsychologiques.

[...]

**RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE VAUD**

A. Questions cliniques

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

- Status 11 ans après traumatisme crânio-cérébral mineur (MTBI, Mild Traumatic Brain Injury), commotion et fracture de l'os malaire gauche et hématosinus sur accident de ski.
- Syndrome post-commotionnel (F 07.2)

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

*Sur le plan physique*

Aucune.

*Sur le plan psychique et mental*

Aucune.

*Sur le plan social*

Aucune.

2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Aucune influence.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Capacité complète

2.[.]3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à plein temps.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Non

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis l'accident du 3 janvier 2004.

*2[.]6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

On constate clairement une évolution positive sur ces 4-5 dernières années. Si lors de la précédente évaluation psychiatrique, au Centre T. \_\_\_\_\_ en 2008, il avait été retenu un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne, cette symptomatologie n'est plus mise en évidence actuellement. Il n'est pas possible, exactement de définir depuis quand celle-ci n'est plus significative, mais selon l'expertisée elle-même, elle estime aller bien dans le domaine psychique depuis deux à trois ans au moins[.] Ceci est également valable sur le plan neuropsychologique.

*3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?*

Oui

*C. Influences sur la réadaptation professionnelle*

*1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?*

*Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :*

*1[.] la possibilité de s'habituer à un rythme de travail*

*2[.] l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social*

*3. la mobilisation des ressources existantes*

*Si non, pour quelles raisons ?*

Pas d'indication, de plus l'assurée se trouve très proche de la retraite (un peu plus d'un an)

*2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?*

Pas d'indication

[...]

*3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?*

Oui, mais pas d'indication formelle.

[...]"

Par avis médical du 28 avril 2015, les Drs P. \_\_\_\_\_ et CC. \_\_\_\_\_, du SMR, se sont déterminés comme suit sur ce rapport d'expertise :

"[...] L'appréciation en p16-21 explique bien la prise de position de nos experts : ceux-ci reprennent l'histoire de la maladie depuis 04 (cf. accident), jusqu'à la situation actuelle : l'examen somatique ne montre aucune atteinte, la CT est entière. Sur le plan neuropsych., les difficultés observées ne constituent pas un trouble

neuropsychologique, il existe une amélioration par rapport à 08, et la CT est complète en temps et rendement. Sur le plan psychique, la présente évaluation n'a pas mis en évidence d'atteinte. Il subsiste une symptomatologie de syndrome post-commotionnel chronicisée, dans un contexte de traum[a] crânien mineur, sans lésion cérébrale, avec une certaine fixation sur les symptômes, notamment la fatigue. La symptomatologie est purement subjective et non expliquée sur un plan organique. Depuis 2008, le trouble anxieux et dépressif mixte a disparu. Il n'y a par ailleurs aucune autre comorbidité psychiatrique incapacitante. La situation étant claire, nous décidons de fermer le dossier.

Nous suivons ces avis: cet examen revêt une pleine valeur probante, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, il se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. Nos experts établissent leurs conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées.

Synthèse : à ce jour, il n'existe plus aucune justification de retenir une IT, l'évolution étant clairement positive sur ces 4-5 dernières années. S[i] lors de la précédente évaluation psychiatrique au Centre T. \_\_\_\_\_ en 2008 il avait été retenu un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité moyenne, cette symptomatologie n'est plus mise en évidence actuellement. Il n'est pas possible, exactement de définir depuis quand celle-ci n'est plus significative, mais selon l'expertisée elle-même, elle estime aller bien dans le domaine psychique depuis deux à trois ans au moins. Les experts estiment que ceci est également valable pour les troubles neuropsychologiques. Nous fixons donc une CT entière dans toute activité depuis le 01.01.12.

*Au total, nous suivons les conclusions telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes au regard de la maladie."*

En date du 3 juillet 2015, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2006, suivie d'un quart de rente jusqu'au 31 mars 2012. L'office a essentiellement considéré que le droit à une rente entière était ouvert du 1<sup>er</sup> janvier 2006 - l'allocation de prestations ne pouvant intervenir que douze mois après le dépôt de la demande - au 31 mars 2006, suivi du droit à un quart de rente (après trois mois d'amélioration) compte tenu d'un degré d'invalidité de 47 % (soit 32,28 % pour la part active [50 % de 64,57 %] et 15 % pour la part ménagère [50 % de 30 %]). Suite à l'expertise pluridisciplinaire intervenue en janvier 2015, il apparaissait de surcroît que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable et qu'une incapacité travail n'était actuellement plus justifiée tant du point de vue psychiatrique que neuropsychologique, ce depuis début janvier 2012 au moins ; l'intéressée avait ainsi recouvré une entière capacité de travail dans toute activité. L'OAI en a conclu que le droit à un quart de

rente devait être supprimé après trois mois d'amélioration, soit dès après le 31 mars 2012, attendu qu'il n'y avait plus de préjudice.

Dans une écriture du 9 septembre 2015 rédigée par son conseil, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet susdit, faisant notamment valoir que le rapport d'expertise évoqué par l'OAI ne lui avait pas été transmis.

Par envoi du 18 septembre 2015, l'OAI a transmis le dossier de l'intéressée au conseil de celle-ci.

Par décision du 19 février 2016 adressée directement à l'assurée, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 juillet 2015.

**F.** Agissant par l'entremise de son conseil, A. \_\_\_\_\_ a recouru le 5 avril 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2006, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante reproche à l'office d'avoir fait abstraction des rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ des 30 octobre et 2 novembre 2012, ainsi que du rapport établi le 6 novembre 2012 par le Centre Y. \_\_\_\_\_ « *faisant pourtant partie intégrante de l'appréciation médicale du dossier* ». Se référant par ailleurs à divers extraits du rapport d'expertise du 7 avril 2015, elle soutient que différents déficits ont été observés par les experts du Centre T. \_\_\_\_\_ et souligne en particulier avoir à maintes reprises manifesté des plaintes au niveau neuropsychologique, s'étant notamment plainte d'être constamment fatiguée avec pour résultat des troubles de la mémoire et de la concentration. Cela étant, elle estime que l'OAI a violé le droit et constaté inexactement les faits pertinents, rendant ainsi une décision arbitraire. Elle ajoute encore qu'elle est inapte à exercer un quelconque travail rémunéré depuis l'accident, que sa capacité de gain est inexistante, qu'elle ne peut prétendre à aucun emploi rémunéré vu son état de santé et que l'existence d'une autre activité permettant

d'augmenter sa capacité de gain est une illusion, de sorte que c'est une rente entière qui doit lui être allouée.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 2 août 2016, renvoyant au rapport d'expertise du Centre T. \_\_\_\_\_ du 7 avril 2015 et à l'avis médical SMR du 28 avril 2015.

Aux termes de sa réplique du 9 janvier 2017, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions, requérant par ailleurs l'audition de six témoins.

Dupliquant le 26 janvier 2017, l'intimé a confirmé sa position.

### **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'AI (cf. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

C'est plus particulièrement le lieu de relever que les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. TFA I 587/06 du 7 septembre 2006 consid. 4 avec les références citées). Quant à la notification à la seule partie représentée,

elle est irrégulière (cf. consid. 3.1 non publié de l'ATF 133 V 147 [TF B 142/05 du 9 janvier 2007]). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité (cf. ATF 132 II 21 consid. 3.1 ; cf. TF 1C\_255/2016 du 14 octobre 2016 consid. 4.2 et les références citées).

En l'occurrence, l'intimé a incontestablement envoyé la décision du 19 février 2016 à la recourante personnellement, bien que la sachant représentée par un mandataire. Ce nonobstant, la recourante a été en mesure d'agir en temps voulu – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès de la présente juridiction, le 5 avril 2016, après avoir reçu la décision en cause « *au plus tôt le 21 février 2016* » (cf. mémoire de recours du 5 avril 2016 p. 2), ce dont l'intimé ne disconvient pas. On doit donc convenir que la notification a atteint son but malgré son irrégularité, respectivement qu'aucun préjudice n'en est résulté pour la recourante.

Dans la mesure où le recours respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), il est par conséquent recevable.

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

**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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2006, l'intéressée estimant pouvoir prétendre à une rente entière en lieu et place d'un quart de rente limité à la période du 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2012.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (cf. art. 28a al. 2 LAI). Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à

disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut notamment lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

**4.** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. TF 9C\_763/2013 du 12 février 2014 consid. 2 et les références citées).

Cette disposition prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI ; cf. également TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

**5.** D'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent

(cf. TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 6.2 et 9C\_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1, avec les références citées).

**6.** En l'occurrence, après avoir précédemment rendu deux arrêts de renvoi (cf. CASSO AI 94/2010 - 59/2012 et AI 264/13 - 144/2014 précités), la Cour de céans est appelée à statuer pour la troisième fois sur la demande de prestations AI déposée le 22 janvier 2007 par A.\_\_\_\_\_. Dans le présent contexte, la recourante conteste plus particulièrement la décision rendue le 19 février 2016 par l'OAI, lui allouant une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2006, suivie d'un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars 2012. Elle estime, quant à elle, avoir droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2006.

On rappellera au surplus que, par arrêt du 16 février 2012 (cf. CASSO 94/10 - 59/2012), le tribunal a confirmé le statut mixte retenu par l'OAI, de même que la clé de répartition - 50 % active et 50 % ménagère - fixée par cet office. Il ne se justifie donc pas de revenir sur ce point (cf. consid. 5 supra).

**7.** Sur le plan médical, on peut distinguer trois périodes successives.

**a)** Ainsi, il n'est pas contesté qu'après son accident de ski le 3 janvier 2004, l'assurée a connu des problèmes de santé entraînant une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 9 mai 2004, de 50 % du 10 mai au 22 août 2004, de 0 % du 23 août au 29 septembre 2004 et enfin de 100 % du 30 septembre 2004 au 2 janvier 2006 (cf. rapport d'examen SMR du 14 juillet 2008). Ces éléments - dont l'assurée ne disconvient pas - peuvent dès lors être repris par la juridiction de céans.

**b)** L'évolution ultérieure, telle qu'exposée par les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise du 25 juin 2008, s'est avérée favorable. Ces spécialistes ont en effet retenu que, nonobstant des troubles incapacitants (status après accident de ski [avec fracture malaire, hématosinus, TCC mineur avec commotion cérébrale et probable

distorsion cervicale], syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale avec troubles neuropsychologiques modérés, trouble anxieux et dépressif mixte), la capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée, deux ans après l'accident du 3 janvier 2004. Quoiqu'en dise la recourante, cette évaluation a été jugée pleinement probante aux termes de l'arrêt de renvoi rendu le 16 février 2012 par la Cour de céans (cf. CASSO AI 94/10 - 59/2012 précité consid. 6c et 6e) et n'a donc pas à être remise en cause dans le présent arrêt (cf. consid. 5 supra).

Tout au plus relèvera-t-on que le seul fait qu'un suivi logopédique et neuropsychologique ait été dispensé durant moins de deux mois en 2008 (cf. certificat médical de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2008, produit le 5 août 2014), sans autre indication, ne saurait être considéré comme un indice sérieux justifiant de s'écarter de l'appréciation médicale des experts du Centre T. \_\_\_\_\_ consignée dans leur rapport du 25 juin 2008.

**c)** Dans un troisième temps, à la suite des constatations faites lors du stage d'observation professionnelle au Centre Y. \_\_\_\_\_ à l'automne 2012 et après interpellation du Dr L. \_\_\_\_\_, une nouvelle expertise a été mise en œuvre auprès du Centre T. \_\_\_\_\_ sur les plans de la médecine interne, de la neuropsychologie et de la psychiatrie, afin de déterminer s'il existait une aggravation de l'état de santé depuis 2012.

Dans leur rapport du 7 avril 2015 faisant suite à des examens pratiqués début janvier 2015, les experts ont retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte avec impact sur la capacité de travail, respectivement qu'elle présentait des diagnostics non incapacitants sous forme de status onze ans après un traumatisme-cérébral mineur (avec commotion, fracture de l'os malaire gauche et hématosinus sur accident de ski) et de syndrome post-commotionnel. Sur le plan interne, ils ont plus particulièrement exposé que l'examen était rigoureusement normal - sous réserve de l'hyperesthésie cutanée en regard de l'os malaire gauche et de la discrète limitation de l'inclinaison latérale cervicale gauche - et que la capacité de travail était complète en temps et en rendement. Au niveau

neuropsychologique, ils ont constaté que les performances cognitives de l'assurée étaient en général dans la norme du groupe d'âge pour les fonctions testées, que les seuls déficits observés relevaient de perturbations non systématiques et que les altérations ponctuelles apparaissaient peu significatives ; ainsi, comparativement à l'examen de 2008 au Centre T.\_\_\_\_\_, le comportement de l'expertisée face aux tests s'était amélioré avec des aptitudes mnésiques et une vitesse de traitement normalisées, nonobstant un ralentissement en alerte déjà noté en 2008 et une discrète fatigabilité à en croire les bâillements de l'intéressée durant une épreuve. Les difficultés observées ne constituaient cependant pas un trouble neuropsychologique. Aussi la capacité de travail a-t-elle été jugée complète en temps et en rendement. Sous l'angle psychiatrique, les experts ont expliqué que subsistait une symptomatologie de syndrome post-commotionnel chronicisée dans un contexte de traumatisme crânien mineur, sans lésion cérébrale, avec une certaine fixation sur les symptômes comme la fatigue. Ils ont précisé que la symptomatologie était purement subjective, sans explication sur le plan organique, et que le trouble anxieux et dépressif mixte avait disparu depuis 2008. Au regard de ces éléments, les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ ont retenu qu'il n'y avait à ce jour plus aucune justification à retenir une incapacité de travail. Ils ont souligné qu'il y avait une évolution positive claire sur les quatre à cinq dernières années et que, notamment, l'assurée reconnaissait aller bien sur le plan psychique depuis deux à trois ans au moins, ce qui pouvait également être appliqué aux troubles neuropsychologiques.

Il ne se trouve au dossier aucun avis médical incitant à s'écarter de cette appréciation. Celle-ci a, d'une part, été corroborée par le SMR, qui a conséquemment fixé le début de l'entière capacité de travail dans toute activité au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (cf. avis médical du 28 avril 2015). D'autre part, les comptes-rendus établis par le Dr L.\_\_\_\_\_, auxquels se réfère la recourante, ne contiennent pas d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par les experts et seraient suffisamment pertinents pour remettre en question le bien-fondé de leur appréciation. En particulier, les deux

certificats d'arrêt de travail émis respectivement les 30 octobre et 2 novembre 2012 sont dépourvus de motivation. Quant au rapport du 14 janvier 2013, il comporte des indications sommairement formulées, sans aucune analyse de fond. Des documents aussi laconiques ne sauraient donc avoir la préséance sur l'expertise dûment étayée du Centre T.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, la recourante se prévaut en vain des difficultés signalées par les intervenants du Centre Y.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 6 novembre 2012. Il faut relever à cet égard que le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 3.2 et 9C\_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 avec les références citées). Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (cf. ATF 125 V 256 consid. 4) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation *in situ* qui comprend trop de facteurs incontrôlables (cf. TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (cf. TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3 et TF 9C\_34/2008 du 7 octobre 2008 consid. 3). Partant, les observations figurant dans le rapport du Centre Y.\_\_\_\_\_ ne sauraient l'emporter sur les conclusions des experts du Centre T.\_\_\_\_\_.

Finalement, la recourante invoque encore différents extraits du rapport d'expertise du 7 avril 2015 décrivant les déficits constatés en cours d'examen par les experts. En tant qu'elle se contente de citer de brefs passages isolés de leur contexte, son raisonnement ne saurait en

aucun cas correspondre à une argumentation dûment étayée. Il y a du reste lieu de lui faire remarquer que les quelques déficits constatés par les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ ont été largement nuancés par ces derniers au regard des résultats majoritairement satisfaisants obtenus lors des tests pratiqués. Si l'assurée se réfère en outre aux plaintes neuropsychologiques qu'elle a signalées aux experts, il n'en demeure pas moins que ceux-ci les ont dûment répertoriées dans leur rapport d'expertise et en ont tenu compte dans le cadre de leur appréciation, étant pour le surplus rappelé que les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; cf. TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

Cela étant, la Cour de céans retient qu'il ne se trouve au dossier aucun élément pertinent permettant de douter des conclusions des experts du Centre T.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que le rapport établi par ces spécialistes est soigneusement élaboré, qu'il repose sur un examen complet du dossier médical, qu'il tient compte aussi bien de l'anamnèse que des plaintes de la recourante et qu'il comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Il satisfait ainsi pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 3c supra). Partant, il faut considérer comme convaincantes les conclusions du rapport d'expertise du 7 avril 2015 admettant une évolution positive au cours des quatre à cinq dernières années écoulées et considérant que les troubles (psychiques et neuropsychologiques) qualifiés d'incapacitants en 2008 n'étaient plus significatifs depuis deux à trois ans au moins.

Sur cette base, le SMR - et, corollairement, l'OAI - était par conséquent fondé à reconnaître à l'assurée une entière capacité de travail dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**8.** Sous l'angle ménager, la Cour observe ce qui suit.

**a)** L'intimé a implicitement admis une entière incapacité sur ce plan, de l'accident du 3 janvier 2004 jusqu'au 2 janvier 2006. Cette appréciation, qui n'est certes documentée par aucune pièce au dossier, sera néanmoins retenue en tant qu'elle n'est pas contestée par les parties et s'avère favorable à la recourante.

**b)** Pour la suite, l'OAI s'est écarté du taux d'empêchement ménager fixé à 59,3 % par l'enquête économique sur le ménage du 15 novembre 2007. A la place, l'office s'est fondé sur le rapport d'expertise du Centre T.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2008 considérant que l'exercice d'une activité ménagère était exigible à 70 % deux ans après l'accident du 3 janvier 2004 - expertise jugée probante par la Cour de céans dans son arrêt du 16 février 2012 (cf. CASSO AI 94/10 - 59/2012 précité consid. 6c et 6e) et sur laquelle il n'y a plus lieu de revenir à ce stade (cf. consid. 5 supra). Tout au plus rappellera-t-on qu'en présence de troubles d'ordre psychique, 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 règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TF 9C\_925/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 2.2 et 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 ; cf. TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.). L'enquête économique est par ailleurs insuffisante en présence de troubles neuropsychologiques qui, vu la nature de l'atteinte, ne permettent pas d'expliquer objectivement une divergence importante entre ce qui peut apparemment être exigé sur le plan professionnel et ce qui peut être demandé dans le cadre de l'accomplissement des travaux habituels (cf. TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 5.2.2). Cela étant, compte tenu des diagnostics neuropsychologiques et psychiques retenus en l'espèce, l'appréciation pleinement convaincante des experts du Centre T.\_\_\_\_\_ devait donc être privilégiée pour cet aspect également.

**c)** Finalement, les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ n'ayant posé aucun diagnostic incapacitant dans leur rapport du 7 avril 2015, l'OAI n'avait corollairement plus à évaluer les empêchements ménagers de l'assurée.

**9.** Reste à déterminer l'impact des considérations qui précèdent du point de vue de la capacité de gain de la recourante.

**a)** Le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 n'est pas contesté et n'apparaît du reste pas contestable. Compte tenu de l'incapacité consécutive à l'accident du 3 janvier 2004 (cf. consid. 7a et 8a supra), il faut admettre qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par la loi (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI, anciennement art. 29 al. 1 let. b LAI), soit au mois de janvier 2005, l'intéressée pouvait potentiellement prétendre à une rente entière d'invalidité. Néanmoins, la demande de prestations ayant été déposée le 22 janvier 2007, le point de départ du versement de la rente ne pouvait intervenir que douze mois plus tôt, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2006 (cf. art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

**b)** L'intimé a ensuite considéré que l'amélioration survenue en janvier 2006 justifiait le passage à un quart de rente au 31 mars 2006.

**aa)** En ce qui concerne la part active, le taux d'invalidité doit être déterminé en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2). En l'espèce, cette comparaison doit se faire au regard de la situation existant en 2006, dès lors que la

rente a été réduite au cours de cette année (cf. pour un cas d'application : TF 8C\_515/2013 du 14 avril 2014 spéc. consid. 4.2 ; cf. également TF I 700/05 du 12 janvier 2007 consid. 8 et TFA I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 5.1 concernant le cas d'une rente temporaire). Force est toutefois de constater que l'OAI a repris, dans la décision litigieuse du 19 février 2016, le détail du salaire exigible calculé le 4 avril 2013, pour lequel l'année 2012 avait été retenue - à tort - comme année de référence. Bien que la décision attaquée s'avère ainsi erronée, cette erreur n'a toutefois pas de répercussion sur le taux d'invalidité global, ainsi qu'il sera démontré ci-après.

**aaa)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

En l'espèce, l'OAI a implicitement repris les chiffres retenus à l'occasion de sa précédente décision du 19 septembre 2013, découlant plus particulièrement de la fiche de calcul établie le 4 avril 2013. Dans ce contexte, le revenu sans invalidité a été fixé à 68'692 fr. 36 sur la base du « *[m]ontant figurant sur le projet de décision daté du 19.03.2009, indexé à 2012* » (cf. calcul du salaire exigible du 4 avril 2013) - soit 66'600 fr. correspondant au revenu annuel de l'assurée comme enseignante à 50 % (cf. fiche d'examen du 19 mars 2009).

Outre que c'est à tort que l'office a procédé à une indexation à 2012 alors même que l'année de référence est ici l'année 2006 (cf. consid. 9b/aa supra), on peine également à comprendre le montant de 66'600 fr. désigné comme revenu de valide. A cet égard, il sied de rappeler que, selon le questionnaire pour l'employeur du 26 février 2007, le revenu

mensuel de l'assurée à 40,90 % était de 4'620 fr. 10 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 mais de 4'608 fr. 55 pour l'année précédente. C'est donc de ce dernier montant, relatif à l'année 2006, qu'il convient de partir. Le salaire de 4'608 fr. 55 correspondant à une activité à 40,90 % alors que le taux d'occupation effectif de l'intéressée était de 50 % (cf. CASSO AI 94/10 - 59/2012 précité consid. 6b), ce montant doit encore être augmenté proportionnellement à 5'633 fr. 92 (4'608 fr. 55 x 50 / 40,90), soit un salaire de 73'241 fr. 01 par an (5'633 fr. 92 x 13) que l'on retiendra par conséquent au titre de revenu sans invalidité.

**bbb)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 76 consid. 3a/bb ; cf. TF 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid.

5b/aa-cc ; cf. TF 9C\_35/2015 du 19 août 2015 consid. 4.1 et 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2).

Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 6 ; cf. TF 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

En l'occurrence, il est constant que la recourante était toujours employée par l'Etat de Vaud en 2006. Attendu toutefois que son taux d'occupation a fluctué suite à l'accident du 3 janvier 2004 et qu'elle a fini par mettre un terme à son activité en 2007, l'OAI s'est conséquemment fondé à juste titre sur les données statistiques de l'ESS.

C'est plus précisément sur le revenu d'invalidé déterminé le 4 avril 2013 que l'OAI s'est basé pour rendre la décision du 19 février 2016. Ce revenu, de 24'337 fr. 18, avait été calculé à l'aune des données découlant de l'ESS pour l'année 2010, niveau de qualification 4, avec indexation à 2012, et moyennant un horaire de 50 % et un abattement de 10 % tenant compte des limitations fonctionnelles, de l'âge ainsi que des années de service.

C'est toutefois aux données statistiques de l'ESS pour l'année 2006 que l'intimé aurait dû faire référence (cf. consid. 9b/aa supra), et non à celles de 2010 indexées à 2012. En outre, le niveau de qualification 4

(« *Activités simples et répétitives* ») retenu par l'OAI apparaît discutable ; en effet, vu le niveau de formation de l'assurée et le type d'activités adaptées à sa portée (employée de bureau, aide de bureau, employée d'accueil), le niveau de qualification 3 (« *Connaissances professionnelles spécialisées* ») semble plus approprié aux spécificités du cas et sera donc privilégié dans le présent arrêt. L'intimé s'est par ailleurs fondé sur un horaire de 50 %, alors même que les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ ont fixé l'exigibilité à 70 % dans une activité adaptée (cf. consid. 7b supra). Enfin, si un taux d'abattement de 20 % avait initialement été choisi (cf. fiche d'examen du dossier du 29 janvier 2013), on ignore les raisons qui ont poussé l'office à retenir finalement un taux de 10 %.

Cela étant, la Cour retient que le salaire des femmes ayant des connaissances professionnelles spécialisées était de 4'901 fr. par mois en 2006, part au treizième salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 3). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2006 (41,7 heures [La Vie économique 5-2014, p. 88, tableau B9.2]), le salaire mensuel de 4'901 fr. évoqué ci-dessus représente un revenu d'invalidé de 5'109 fr. 29 par mois (4'901 fr. x 41,7 : 40 heures), soit 61'311 fr. 51 par année. Ce montant doit être adapté au taux d'exigibilité de 70 % retenu par les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ dans une activité adaptée, ce qui conduit à un revenu de 42'918 fr. 06. A ce salaire, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction, que l'intimé a fixé en l'espèce à 10 % eu égard aux limitations fonctionnelles, à l'âge et aux années de service de la recourante. Toutefois, le taux de 20 % précédemment retenu correspondait bien davantage aux particularités du cas d'espèce - à savoir les limitations fonctionnelles de la recourante, son âge (près de 56 ans au moment de l'expertise du Centre T.\_\_\_\_\_ de 2008), son taux d'occupation réduit dans une activité adaptée (70 %) et ses nombreuses années de service à l'Etat de Vaud (depuis le 1<sup>er</sup> août 1988). En ce sens, le revenu avec invalidité doit donc être fixé à 34'334 fr. 45.

**ccc)** Après comparaison du revenu d'invalidé (34'334 fr. 45) avec celui sans invalidité (73'241 fr. 01), il résulte une perte de gain de 38'906 fr. 56 correspondant à un degré d'invalidité de 53,12 % (38'906 fr. 56 / 73'241 fr. 10 x 100).

Il s'ensuit, pour la part active, un taux d'invalidité de 26,56 % (50 % de 53,12 %).

**bb)** Pour la part ménagère, la Cour de céans ne peut que se rallier au taux d'invalidité de 15 % retenu par l'OAI, compte tenu des empêchements ménagers évalués à 30 % et d'une part ménagère de 50 % (50 % de 30 %).

**cc)** L'addition des taux d'invalidité pour les parts active et ménagère aboutit à un taux global de 41,56 %, n'ouvrant le droit qu'à un quart de rente d'invalidité. C'est conséquemment à juste titre que l'intimé a réduit la rente entière d'invalidité de la recourante à un quart de rente. Au demeurant, on soulignera que même en se fondant sur un niveau de qualification 4 (cf. consid. 9b/aa/bbb supra) pour déterminer le revenu d'invalidé (soit 4'019 fr.), on aboutirait toujours à une solution analogue (soit un taux d'invalidité global de 45,78 %) compte tenu d'une invalidité de 30,78 % pour la part active (50 % de 61,56 %).

En revanche, force est de relever que, selon les constatations initiales de l'OAI, l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain à l'origine de la réduction de rente est intervenue au 3 janvier 2006 (cf. avis SMR du 14 juillet 2008 ; cf. décision du 29 janvier 2010 ; cf. fiche d'examen du dossier du 29 janvier 2013), la date ultérieurement retenue du 1<sup>er</sup> janvier 2006 (cf. décision du 19 septembre 2013) résultant à l'évidence d'une erreur. Aussi la réduction des prestations ne peut-elle intervenir qu'à l'issue d'un délai de trois mois depuis le 3 janvier 2006, soit au 30 avril 2006 (cf. art. 88a al. 1 RAI ; cf. TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 7, confirmant une suppression de rente au 31 janvier 2007 sur la base d'une amélioration remontant au 2 octobre 2006) comme

l'avait du reste initialement retenu l'office (cf. décision du 29 janvier 2010 ; cf. fiche d'examen du 29 janvier 2013), et non au 31 mars 2006.

**c)** Enfin, la recourante ne présentant plus d'atteinte incapacitante et disposant corrélativement d'une pleine exigibilité dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'OAI a conséquemment supprimé le quart de rente d'invalidité au 31 mars 2012 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Ce faisant, l'office a toutefois négligé les circonstances particulières du cas d'espèce.

**aa)** D'une part, il faut souligner que l'âge de la personne assurée est, de manière générale, considéré comme un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. En effet, s'il est vrai que ce facteur – comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques – joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la

prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; cf. TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et les références citées).

D'autre part, la jurisprudence prévoit des situations dans lesquelles des mesures d'ordre professionnel doivent être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression – par révision (cf. art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) – du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Le point de savoir si ces critères sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (cf. ATF 141 V 5 consid. 4). Même si les critères susdits sont remplis, cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération. Il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (cf. TF 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220).

**bb)** En l'occurrence, l'assurée, née le [...] 1952, était âgée de 62 ans et huit mois lorsque les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ se sont prononcés en avril 2015 sur sa capacité résiduelle de travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3), jugée entière dans toute activité depuis 2012 et ce sans aucune composante d'invalidité. Lors de cet examen, l'intéressée se trouvait donc à moins d'un an et demi de l'âge légal de la retraite (64 ans pour les femmes, cf. art. 21 al. 1 let. b LAVS [loi fédérale du 20 décembre

1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]). Même sans souffrir d'une atteinte invalidante, il faut admettre qu'à cet âge, la recourante aurait vraisemblablement rencontré des difficultés pour se faire engager par un employeur potentiel, compte tenu du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. A cela s'ajoute que l'expertise susdite a été ordonnée suite à un arrêt de renvoi du 13 juin 2014 fondé sur une suspicion d'aggravation de l'état de santé en lien, notamment, avec le vieillissement (cf. avis médical SMR du 28 mars 2014); dans un tel contexte, on peut difficilement retenir que la recourante aurait pu se rendre compte en 2012 de l'amélioration de son état de santé, telle que constatée en 2015. On ne peut par ailleurs exclure que l'amélioration en question ait été- tout du moins partiellement - induite par fait que l'assurée ne travaillait plus depuis un certain temps à l'époque de l'expertise, avec une moindre exposition aux facteurs de stress.

Prise dans leur globalité, les circonstances exposées ci-avant justifient *in casu* l'application de la jurisprudence concernant les assurés proche de l'âge de la retraite (cf. ATF 138 V 457 précité). Sur cette base, la Cour retiendra donc que lorsque la pleine capacité de travail de la recourante a été constatée par les experts du Centre T.\_\_\_\_\_ en avril 2015, respectivement lorsque la décision attaquée a été rendue le 19 février 2016, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible de la part de l'intéressée compte tenu de la chronologie particulière des événements et, plus précisément, de son âge. L'hypothèse inverse aboutirait du reste à un résultat choquant puisque, à supposer que l'on nie le bénéfice de la jurisprudence susmentionnée dans le cas particulier, la mise en œuvre de mesures de réadaptation destinées aux personnes âgées de 55 ans révolus ou ayant bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins ne pourrait pas non plus intervenir en l'espèce faute de sens, l'assurée ayant atteint l'âge légal de la retraite en [...] 2016, soit [...] mois après la décision litigieuse, respectivement trois mois après le dépôt de son recours devant la Cour de céans (la question de savoir si de telles mesures doivent être appliquées non pas dans le contexte d'une révision

ou d'une reconsidération, mais dans le cadre d'une demande initiale, comme en l'occurrence, pouvant rester indéfinie).

En conséquence, il y a lieu de maintenir le droit de la requérante à un quart de rente d'invalidité jusqu'au 19 février 2016, date de la décision entreprise qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (cf. TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). Le dossier sera retourné à l'OAI pour qu'il se prononce sur le maintien du droit à la rente pour la période postérieure au 19 février 2016, étant souligné que la personne assurée cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'elle peut prétendre à la rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 30 LAI).

**10.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi l'audition de témoins (cf. réplique du 9 janvier 2017) – dont une partie avait déjà été auditionnée en 2011 (cf. CASSO AI 94/10 - 59/2012 du 16 février 2012 let. C) – serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**11. a)** De ce qui précède, il résulte que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que A.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, puis à un quart de rente du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 19 février 2016, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 19 février 2016.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être

arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient en l'espèce d'arrêter à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 19 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que A.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, puis à un quart de rente du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 19 février 2016, la cause étant pour le surplus retournée à l'office afin qu'il statue sur le droit à la rente pour la période postérieure au 19 février 2016.
- III. Les frais de justice, d'un montant de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à A.\_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Georges Reymond (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :