

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Romain Deillon, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 Cst; 4 et 28 LAI; 6, 7, 8, 42 et 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, de nationalité [...], mariée et mère de deux enfants majeurs, est arrivée en Suisse en 2007. Elle est titulaire d'un permis C et travaille depuis le 29 octobre 2011 en qualité de conductrice de taxi auprès de l'entreprise E._____.

Le 30 septembre 2012, l'assurée a chuté dans les escaliers. Elle a présenté des contusions multiples qui ont entraîné une incapacité de travail à 100% du 1^{er} octobre 2012 au 22 mars 2013, puis à 50% du 23 mars au 30 juin 2013.

Le 28 avril 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en invoquant des douleurs aiguës aux jambes et aux pieds, présentes depuis juillet 2013.

Un certificat médical établi le 20 décembre 2013 par la Dresse C.R._____ de la Permanence médicale du Centre hospitalier Y._____ (ci-après : le Y._____) faisait état de métarsalgies gauche, puis droite, sur probable trouble statique. Le traitement entrepris consistait en l'administration d'infiltrations d'anesthésiques et de corticoïdes et le port de semelles. L'incapacité totale de travail persistait.

Dans un rapport du 5 mai 2014, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a posé comme diagnostic responsable de l'incapacité de travail une suspicion de neuropathie douloureuse des petites fibres, sans anomalie à l'examen neurologique clinique et électrophysiologique. Dans l'anamnèse, il exposait que l'assurée avait développé depuis juillet 2013 une douleur dans les deux pieds, qui commençait dans les plantes puis à l'appui. Progressivement, cette douleur s'était aggravée, remontant

jusqu'en dessous des genoux et la gênant davantage la nuit. L'assurée était en incapacité de travail depuis décembre 2013 en raison de ces douleurs devenues permanentes.

Dans un rapport du 23 mai 2014 adressé à l'OAI, la Dresse N._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué comme cause de l'incapacité de travail de l'assurée des métatarsalgies bilatérales sur neuropathie douloureuse des petites fibres, un trouble bipolaire de type 2, une cervicarthrose étagée C3, C4 et C6, C7 ainsi qu'une discarthrose L3, L4 et L4, L5. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a mentionné des migraines, une ostéoporose, un hallux valgus bilatéral, une contusion rachidienne le 30 septembre 2012, un tabagisme, des varices des membres inférieurs et un status après opération d'une hernie ombilicale. De l'anamnèse, il ressort notamment ce qui suit :

"Madame L._____ est connue de longue date pour un trouble bipolaire de type 2, pour lequel elle est sous traitement de Litium et de Fluoxetine. Elle est relativement stable, elle n'a pas fait de grosses décompensations ces dernières années. Le 30 septembre 2012, la patiente chute dans les escaliers et présente d'importantes douleurs rachidiennes au niveau lombaire, puis au niveau cervical. C'est là qu'on met en évidence une cervicarthrose étagée ainsi qu'une arthrose lombaire, et suite à cet épisode la patiente est longtemps en arrêt de travail, sans qu'on puisse vraiment expliquer l'intensité des douleurs. Elle est à l'arrêt de travail à 100% depuis le 1^{er} octobre 2012, avec une reprise à 50 % le 3 décembre 2012 puis à nouveau en arrêt de travail à 100% le 7 janvier 2013 avec une reprise à 50% le 23 mars 2013 puis une reprise à 100% le 1^{er} juillet 2013. La patiente travaille quelque temps à 100%, puis présente des métatarsalgies très invalidantes, l'obligeant à marcher avec des cannes, avec des paresthésies et des hypoesthésies, ceci depuis novembre 2013. Incapable de poursuivre son activité professionnelle, elle est donc mise à l'arrêt de travail à 100% depuis le 4 décembre 2013. Elle a été suivie également à l'Hôpital G._____ à la consultation du pied à [...], où on a effectué plusieurs infiltrations et où le bilan a été complété par un IRM du pied et un ultrason qui n'a rien montré, mis à part un hallux valgus bilatéral connu, et finalement elle a été présentée à un neurologue, et il s'agit vraisemblablement plutôt de névralgies, qui répondent en partie à un traitement de Lyrica que la patiente a actuellement. Sous Lyrica la situation est un peu meilleure et la patiente a pu reprendre son activité professionnelle à 50% depuis le 24 avril dernier."

La Dresse N._____ se disait réservée quant au pronostic, l'assurée ayant déjà eu deux arrêts de travail coup sur coup pour des

symptomatologies mal définies, avec des douleurs subjectives ressenties très fortement, sans qu'on puisse mettre en évidence une pathologie claire. Elle n'indiquait pas de restrictions psychiques, si ce n'est celles d'un travail régulier et diurne. En ce qui concerne les restrictions physiques, elle exposait que l'assurée ne pouvait pour le moment pas être trop longtemps debout et qu'il lui était difficile de porter des charges, soit les bagages de ses clients.

Répondant le 2 juin 2014 au questionnaire en vue de la détermination de son statut, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en qualité de chauffeur de taxi par nécessité financière.

Dans un rapport du 24 juin 2014, le Dr H._____, chef de clinique de la Consultation du pied de l'Hôpital G._____, a indiqué comme diagnostics un hallux valgus bilatéral avec métatarsalgies de transfert et des paresthésies du 1^{er} et 3^{ème} espace interdigital. Dans l'anamnèse, il relevait ce qui suit :

"Douleurs au regard des hallux valgus et des têtes métatarsiennes 2 et 3 nocturnes et diurnes, à l'effort comme au repos.

L'évolution reste défavorable malgré des supports plantaires.

Le bilan radiologique confirme des hallux valgus bilatéraux avec décentrage de la tête du 1^{er} métatarsien par rapport aux sésamoïdes.

Un IRM du 29.01.2014 et un ultrason du 03.02.2014 se révèlent tous les deux normaux et sans arguments pour un névrome de Morton entre autre.

Il est difficile de mettre la symptomatologie de Mme L._____ sur une pathologie orthopédique uniquement. On note une discordance claire entre les symptômes et l'examen clinique également. Dans tous les cas, l'importance des douleurs ainsi que leur localisation ne peuvent pas être expliquées uniquement par les déformations existantes. Dans ce contexte, nous ouvrons un diagnostic différentiel d'une polyneuropathie débutante ou autre problème neurologique ou d'un problème vasculaire.

De ce fait, nous adressons la patiente au Dr D._____ pour un bilan neurologique complet.

Nous ne prévoyons pas de revoir d'office la patiente en consultation et déciderons de la suite de la prise en charge en fonction des résultats.

Dans l'intervalle, la patiente est suivie par la Dresse C.R._____ à la [...]. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur l'incapacité de travail ou la réadaptation professionnelle de Mme L._____."

Répondant le 25 juin 2014 au questionnaire pour l'employeur, E._____ a notamment indiqué que l'assurée travaillait à son service depuis le 29 octobre 2011 en qualité de conductrice de taxi, à raison de 40 heures par semaine. L'employeur a précisé que l'horaire de travail hebdomadaire normal dans son entreprise était de 53 heures. Il a joint les fiches de salaire pour les années 2012 à 2014.

Par communication du 10 juillet 2014, l'OAI a informé l'assurée de son refus d'allouer des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.

Dans un rapport du 8 septembre 2014, la Dresse N._____ exposait que l'état de santé de sa patiente s'aggravait, avec des douleurs en augmentation au niveau des pieds, sous formes de brûlures, irradiant jusque dans les mollets, tant diurnes que nocturnes et l'empêchant de marcher plus de 5 minutes. Son sommeil était extrêmement perturbé et l'assurée était dans l'incapacité de conduire en raison des importantes doses de médicaments quotidiennes (Lyrica à raison de 150 mg 4x/jour). Elle précisait que la capacité de travail était actuellement nulle même dans une activité adaptée.

Le 18 septembre 2014, l'assurée a informé l'OAI par téléphone qu'elle avait repris son activité professionnelle à 50% depuis le 15 septembre précédent.

Le 26 octobre 2014, l'assurée a été victime d'un accident sur la voie publique, alors qu'elle était au volant de son taxi. Son véhicule ayant été embouti par l'arrière, elle a subi un traumatisme de type "coup du lapin". Dans les deux heures suivant l'accident, elle a souffert de céphalées et de douleurs à la nuque ainsi qu'au dos. A la palpation, l'assurée présentait des douleurs aux cervicales avec irradiation dans les épaules et le dos (cf. fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical établie le 26 octobre 2014 par le Dr M._____ du Centre médical J._____).

L'assurée a repris son activité professionnelle à 50 % le 3 février 2015.

L'assurée a été examinée par le Dr A.R._____, spécialiste en neurologie, le 18 février 2015. Le rapport du même jour, établi à l'attention du médecin conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou SUVA), indiquait comme diagnostic un status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force. Il en ressort notamment ce qui suit :

"RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

[...]

Aux dires de la patiente et d'après les documents à disposition, l'accident a été suivi de l'apparition immédiate d'importantes cervico-céphalalgies accompagnées de vertiges avec nausées.

[...] Une IRM cervicale sera effectuée le 10.11.2014 qui révélera des troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés modérés, sans évidence de souffrance radiculaire ou médullaire.

Le traitement dispensé d'abord par le Dr M._____ du Centre médical J._____ puis par le Médecin-traitant, la Dresse N._____, va comporter repos à domicile avec arrêt de travail complet, divers AINS (réd. : antiinflammatoires non stéroïdiens), antalgiques, myorelaxants et port d'une collerette molle. Il n'y a pas eu jusqu'ici de traitement de physiothérapie.

Malgré le traitement susmentionné, Mme L._____ ne signale pas d'amélioration significative de son état, avec persistance de cervico-céphalalgies, d'une limitation de la mobilité de la nuque et de vertiges qui sont néanmoins un peu moindres qu'en début d'évolution, intervenant essentiellement en station debout, la position assise et couchée étant nettement meilleure.

Le traitement actuel comporte Dafalgan, Irfen, Sirdalud et Traumlix Spray.

La semaine passée, Mme L._____ a tenté de reprendre son activité professionnelle à 50%, ce qui s'est avéré un échec.

[...]

RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

[...]

En résumé, chez une patiente collaborante mais visiblement anxieuse, tendue et fixée sur les conséquences de l'accident et une possible atteinte somatique grave, l'examen neurologique est sans anomalie significative hormis une limitation assez importante de la mobilité de la nuque par une réaction antalgique et la présence de muscles paracervicaux et d'un chef supérieur du trapèze bilatéralement sensibles et contracturés. Par contre, aucune autre anomalie significative et notamment pas d'atteinte vestibulo-cérébelleuse.

L'examen clinique a été complété par un écho-doppler des vaisseaux précérébraux qui est sans anomalie significative, notamment sans éléments en direction d'une dissection vasculaire post-traumatique.

J'ai revu l'IRM cervicale qui ne met pas en évidence de lésion post-traumatique au sens strict du terme mais des troubles statiques vertébraux ainsi que des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées modérées.

En conclusion, les circonstances de l'accident et les plaintes formulées par Mme L. _____ évoquent une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force, suivie de la survenue d'un syndrome post-distorsion cervicale persistant jusqu'ici.

La durée et l'importance des plaintes s'expliquent vraisemblablement par des facteurs anxio-tensionnels surajoutés entretenant une importante contracture de la musculature paravertébrale cervicale et du chef supérieur du trapèze. Il est possible que les altérations dégénératives préexistantes jouent également un rôle dans l'évolution défavorable du cas mais les altérations dégénératives jouent vraisemblablement un rôle mineur par rapport aux éléments tensionnels.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement d'AINS, d'antalgiques et de myorelaxants. Il conviendrait d'introduire parallèlement des séances de physiothérapie/ostéopathie douce. Théoriquement, l'initiation au training autogène voire une prise en charge cognitivo-comportementale seraient également favorables mais je doute que la patiente soit amenable à ce type de traitement. Etant donné une évolution peu favorable plusieurs mois après l'événement accidentel, avec une incapacité de travail persistante, on peut se poser la question de l'indication à un éventuel séjour à la Q. _____ de [...] dans l'idée de prévenir une chronification de la situation amenant à une invalidation à moyen et long terme de la patiente.
[...]."

Se référant à l'IRM cervicale effectuée le 10 novembre 2014, le Dr A.R. _____ relevait que l'imagerie avait mis en évidence des troubles statiques vertébraux, avec inversion de la courbure physiologique, des discopathies avec hernie discale médiane C5- C6 et C6-C7 ainsi qu'une uncarthrose C3-C7. Il a également mentionné qu'il n'y avait pas de sténose canalaire significative ni de contrainte radiculaire ou médullaire.

L'assurée a séjourné à la Q. _____ (ci-après : Q. _____) du 12 mai au 9 juin 2015. Le rapport du 17 juin 2015 mentionnait comme diagnostic principal : thérapies physiques et fonctionnelles pour cervicalgies chroniques, comme diagnostics supplémentaires un accident de la voie publique le 26 septembre 2014 avec distorsion cervicale simple de degré II selon Québec Task Force et une unco-cervicarthrose étagée, comme comorbidités un tabagisme actif et des troubles lombaires dégénératifs et comme antécédents une chute dans les escaliers avec contusions multiples le 30 septembre 2012 ainsi qu'une opération de

hernie ombilicale à l'âge de 30 ans. Pendant son séjour, l'assurée a bénéficié de physiothérapie et d'une prise en charge psychosomatique et dans les ateliers professionnels. Au terme du séjour, la situation médicale a été considérée comme stabilisée, aucune limitation fonctionnelle n'étant reconnue. L'évolution subjective et objective est décrite comme n'étant pas significative et la participation de la patiente aux thérapies comme moyenne, l'intéressée étant centrée sur la douleur. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est jugé défavorable chez une assurée qui ne s'estime pas capable de reprendre cette activité et sous-estime le niveau d'activité qu'elle peut réaliser. Malgré le désaccord de l'assurée, un calendrier de reprise a été établi à la sortie, "pour la rendre subjectivement plus supportable".

Par certificat médical du 12 juin 2015, la Dresse N. _____ a attesté avoir reçu l'assurée à sa consultation le jour même et avoir constaté qu'elle présentait des douleurs au niveau cervical avec d'importantes tensions musculaires para-dorsales hautes qui l'empêchaient de travailler comme conductrice de taxi à 100%.

Par décision du 26 juin 2015, la CNA a mis fin aux prestations allouées à la suite de l'accident de la voie publique du 26 septembre 2014 avec effet au 25 juin 2015, en considérant qu'il ressortait de son dossier médical qu'il n'y avait plus de séquelles justifiant un traitement médical et la poursuite de l'incapacité de travail en raison dudit événement.

Le 2 septembre 2015, la Dresse N. _____ a envoyé à l'OAI le rapport médical suivant :

"1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

- Neuropathie douloureuse des petites fibres au niveau des membres inférieurs
- Cervicalgie chronique suite à une distorsion cervicale simple de degré 2 sur accident de la voie publique le 26.09.2014 et sur cervicarthrose étagée
- Personnalité anxieuse

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Depuis mars dernier, l'évolution est plutôt stationnaire avec au premier plan des douleurs cervicales continues tant diurnes que nocturnes, sans limitation fonctionnelle importante. Depuis le dernier mois toutefois les douleurs semblent diminuer un peu et Madame L. _____ est d'accord d'essayer de reprendre son activité professionnelle à temps partiel.

Sur le plan de la neuropathie des membres inférieurs, la symptomatologie est au second plan mais la patiente présente toujours des brûlures des membres inférieurs, surtout la nuit mais qui semblent plus gérables pour elle étant donné qu'elle connaît maintenant assez bien.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

La patiente a été en incapacité de travail maladie à :

- 100% du 30.12.2013 au 24.04.2014
- 50% du 24.04.2014 au 23.06.2014
- 100% du 24.06.2015 (sic) au 14.09.2014
- 50% du 15.09.2014 au 25.06.2015
- 100% du 26.06.2015 au 01.09.2015
- 50% depuis le 02.09.2015

Par contre elle a été en arrêt accident à 50% du 26.09.2014 au 25.06.2015.

Ceci dans son activité habituelle de chauffeur de taxi.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Je pense que la capacité de travail est la même pour une activité adaptée que pour une activité habituelle. Chez cette patiente, il est difficile d'établir des causes objectives, et probablement que sa personnalité anxieuse, le peu d'estime qu'elle a d'elle-même et l'entourage social jouent également un rôle dans la tolérance aux douleurs.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Actuellement les limitations fonctionnelles sont essentiellement dues aux charges que la patiente peut être amenée à porter dans son travail de chauffeur de taxi, notamment les valises ce qui pose problème pour ses douleurs cervicales et ses névralgies au niveau des membres inférieurs.

[...]"

Le 5 avril 2016, le Dr X. _____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a écrit à la Dresse N. _____ ce qui suit :

"Pour nous permettre de poursuivre l'instruction du dossier de la personne mentionnée, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

- Vous reprenez comme premier diagnostic une *neuropathie douloureuse des petites fibres au niveau des membres inférieurs*. Merci de nous transmettre les comptes-rendus (sic) de consultations spécialisées mis (sic) en place par vos soins pour éclaircir ce problème qui ne constitue pas une maladie au sens d'une classification internationale.
- Le rapport de séjour à la Q. _____ de [...] du 12 mai au 9 juin 2015 et dont vous avez reçu copie n'objective, ni ne retient de

douleurs ou de dysesthésies dans les membres inférieurs. La situation s'est-elle modifiée depuis juin 2015 ?

- Dans une activité adaptée, la SUVA démontre par une mise en situation ECF (réd. : évaluation de la capacité fonctionnelle) que la CT (réd. : capacité de travail) de l'assurée dans une activité légère différente de celle de taxi, la CT est entière sans baisse de rendement en juin 2015. Pour quelles raisons à vos yeux devrait-on s'écarter de cette conclusion ?"

Le 2 mai 2016, la Dresse N. _____ a répondu au Dr X. _____

en ces termes :

"Madame L. _____ souffre de douleurs d'allure neurologique des pieds et des jambes depuis novembre 2013 qui sont en partie atténuées par un traitement de Lyrica que Madame prend toujours, à raison de 150mg 3x/jour. Les douleurs sont toujours présentes mais beaucoup plus supportables pour la patiente qui s'y est habituée et qui arrive assez bien à les gérer. C'est actuellement vraiment les douleurs cervicales qui sont au premier plan suite à cette distorsion cervicale simple lors d'un accident de la route en septembre 2014, ceci sur une cervicarthrose étagée.

Le problème est que Madame L. _____ est très centrée sur ses douleurs, que toutes les prises en charge médicamenteuse ou alors par le Centre de la douleur de la C. _____ ces 6 derniers mois par la Doctoresse S. _____ qui a effectué plusieurs périurales cervicales ont eu aucun effet. Madame L. _____ dort extrêmement mal en raison de ces douleurs et a beaucoup de peine à gérer la vie quotidienne. Elle a repris une activité à 50% comme chauffeur de taxi depuis le 2 septembre 2015, cette activité est difficile, mais lui convient dans le sens qu'elle peut organiser ses heures de travail comme elle veut en séparant par exemple sa journée en deux et en faisant deux heures le matin et deux heures l'après-midi. Par ailleurs, les tâches de la vie quotidienne sont difficiles. Et Madame L. _____ a beaucoup de peine à faire son ménage par exemple.

Personnellement, au vu de la personnalité assez fragile de Madame L. _____ qui est tout de même très anxieuse et très centrée sur ses douleurs, je ne vois pas comment elle pourrait travailler à plus de 50%, je pense qu'on est là au maximum de ses capacités. Il est clair que chauffeur de taxi n'est pas tout à fait adéquat dans le sens qu'elle doit tout de même parfois porter les valises de ses clients et qu'elle doit tourner la tête pour avoir une conduite sûre. Néanmoins, elle a des douleurs chroniques quotidiennes, sans position soulageante et je ne pense pas qu'une autre activité pourrait lui permettre de travailler à un plus fort pourcentage.

Il est toutefois difficile de faire la part des choses chez cette patiente qui n'exprime absolument aucune souffrance sur le plan psychique et qui met tous ses problèmes sur les douleurs.

[...]"

Etait joint le rapport que le Prof. P. _____, médecin adjoint auprès du Service de neurologie du Y. _____, avait adressé au médecin traitant de l'assurée le 4 décembre 2014, qui avait la teneur suivante :

"Nous avons vu la patiente susnommée à notre consultation le **30.09.2014 et le 04.11.2014** et voici nos constatations :

Diagnostics - Antécédents - Interventions

Probable neuropathie des petites fibres nerveuses

Anamnèse

Depuis la consultation au début du mois septembre (sic) le Pramipexole® a été augmenté jusqu'à 0.75 mg le soir et nous avons continué avec le Lyrica® 150mg 4x/j. A la consultation du 30.09.2014 elle rapporte qu'elle a diminué le Pramipexole à 0.25 mg à cause d'une grande fatigue. Nous avons encore une fois essayé de convaincre la patiente de prendre au moins 0.5 mg.

Le 04.11.2014 elle rapporte qu'après quelques semaines elle a remarqué une amélioration de ses douleurs. Elle décrit toujours des épisodes avec des douleurs fortes, quelques fois également pendant la nuit ou quand elle doit mettre ses pieds dans l'eau froide. Mais ces dernières semaines pour elle, il était possible de travailler à 30%.

Conclusions, traitement et évolution

Finalement, nous avons trouvé une thérapie avec Pramipexole® (pour le moment la patiente prend seulement 0.5 mg, en raison d'une grande fatigue) et avec Lyrica® 150mg 3x/j, qui soulage un peu la patiente.

Le fait que ces médicaments soulagent la patiente supporte le probable diagnostic d'une neuropathie des petites fibres nerveuses et probablement aussi un faible syndrome des jambes sans repos.

D'un point de vue thérapeutique, nous vous proposons de continuer avec ces traitements et nous vous prions de refaire de temps en temps une prise de sang chez cette patiente pour ne pas rater une cause traitable de polyneuropathie."

Dans un avis SMR du 8 juillet 2016, le Dr X._____ a retenu que l'assurée présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail de 100% dès le 4 décembre 2013, puis de 75% à compter du 15 juin 2015 et enfin de 50% depuis le 2 septembre 2015. Il a pour le surplus indiqué ce qui suit :

"Assurée de 55 ans, chauffeur de taxi à temps partiel par choix.

Les troubles dégénératifs cervicaux de type arthrosique préexistaient à l'accident et leur participation aux plaintes actuelles de l'assurée peut être écartée. Ces troubles ne sont pas en relation avec l'accident/coup du lapin.

Dans une activité adaptée, la SUVA démontre par une mise en situation ECF que la CT de l'assurée dans une activité légère différente de celle de taxi, la CT est entière sans baisse de rendement. Nous faisons nôtre cette conclusion.

L'assurée a repris son activité de taxi à 50% dès le 2 septembre 2015."

Dans un avis SMR du 26 septembre 2016, le Dr X. _____ a rappelé que le courrier médical de la Q. _____ signé du Dr F. _____ retenait comme incapacités de travail :

- 100% du 12 mai 2015 au 14 juin 2015
- 75% du 15 juin 2015 au 21 juin 2015
- 50% du 22 juin 2015 au 28 juin 2015
- 25% du 29 juin 2015 au 5 juillet 2015.

Relevant que cette appréciation reposait sur les observations cliniques effectuées du 12 mai 2015 au 9 juin 2015, il estimait qu'il s'agissait d'une appréciation par anticipation, laquelle n'était pas de nature à fonder la position du SMR. Il ajoutait qu'une capacité de travail croissante n'allait pas dans le sens d'un état de santé stabilisé. Par contre, le Dr X. _____ considérait qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des appréciations de la Dresse N. _____ dans son courrier du 2 septembre 2015, en tenant compte toutefois de son courrier du 2 mai 2016 dans lequel elle ajustait sa position en écrivant "je ne vois pas comment elle pourrait travailler à plus de 50%" comme chauffeur de taxi.

Par projet de décision du 28 octobre 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2014 au 31 décembre 2015. Il a considéré que la capacité de gain de l'intéressée dans son activité de chauffeur de taxi était considérablement réduite depuis le 4 décembre 2013 et qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 4 décembre 2014, elle présentait une incapacité de travail et de gain de 50% dans toute activité, ce qui lui ouvrait le droit à une rente sur un degré d'invalidité de 50%. Toutefois, à compter du 2 septembre 2015, l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, sans port de charges lourdes supérieures à 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans flexion-rotations répétées du cou, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, activité en milieu tempéré et réparties sur 5 jours ouvrables. L'OAI donnait comme exemples des

activités dans le domaine industriel léger, tels le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement. Procédant à la détermination du degré d'invalidité par une approche théorique, il a comparé le revenu annuel auquel l'assurée aurait pu prétendre comme chauffeur de taxi en 2015 sans atteinte à la santé (34'883 fr. 50) avec celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et service) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2014 (TA 1, niveau de compétence 1). Après avoir adapté ce revenu pour tenir compte d'un horaire de travail de 41, 7 heures et l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015, le revenu annuel avec invalidité se montait à 54'008 fr. 17. Après déduction d'un abattement de 10% pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assurée, le revenu annuel d'invalidité s'élevait à 48'607 fr. 35, soit un montant supérieur au revenu sans invalidité. L'OAI a conclu que l'absence de préjudice économique excluait tout droit à une rente trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée.

Par courrier du 15 novembre 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision susmentionné, contestant que son état de santé se soit amélioré. Elle a exposé continuer à souffrir de douleurs aiguës malgré le traitement médicamenteux suivi et poursuivre son activité de chauffeur de taxi à 50% malgré son état. L'assurée a joint à sa contestation le rapport établi le 5 août 2016 par le Prof. Z._____, spécialiste en neurochirurgie, à la Dresse S._____ du Centre de la douleur de la C._____. Il en ressort que l'assurée présente surtout des scapulalgies gauches, des douleurs cervicales également, n'ayant cédé à aucun traitement conservateur et infiltratif. L'examen neurologique a montré un syndrome cervical mais pas de syndrome radiculaire déficitaire. L'IRM cervicale du 23 novembre 2015 a montré des troubles dégénératifs étagés du rachis cervical avec des discopathies disco-arthrosiques en C3-C4 et C6-C7 à gauche, mais sans amputation radiculaire sur la séquence myélographique.

Par courrier du 16 novembre 2016, la Dresse N._____ a appuyé la contestation de sa patiente. Elle a fait valoir que, de son point

de vue, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré suffisamment pour qu'elle puisse exercer une activité à 100 , même dans un travail léger. Elle rappelait que sa patiente souffrait de plusieurs problèmes de santé. Prédominaient actuellement les cervicobrachialgies gauches chroniques avec de fortes douleurs au niveau de la région cervicale et suivant le territoire C7 gauche, avec des irradiations importantes dans l'épaule et le bras. Ces douleurs cervicales, qui avaient débuté par une chute dans les escaliers en 2012 - laquelle avait mis en évidence une cervicarthrose étagée ainsi qu'une arthrose lombaire -, avaient été augmentées par un accident de la circulation avec "coup du lapin" en septembre 2014 avec une symptomatologie importante comportant des douleurs cervicales, des vertiges et des nausées. Il en était résulté une incapacité de travail totale. Plusieurs traitements ont été tentés (4 semaines de réhabilitation à la Q._____, des séances de physiothérapie et des essais d'infiltration périodurale cervicale jusqu'à fin 2015). Le tout sans succès. Devant la persistance des douleurs, un avis avait été demandé au Prof. Z._____, qui ne retenait pas d'indication opératoire. Du point de vue médicamenteux, seul le Targin soulageait actuellement un peu sa patiente. Les symptômes n'évoluant pas ou peu au niveau de la douleur mais l'assurée ne présentant plus de vertiges ni de nausées, elle avait repris son activité de chauffeur de taxi à 50%. Selon la Dresse N._____, cette activité à 50% constituait le maximum de ce que sa patiente pouvait faire. Elle était d'avis que cette activité était adaptée à la problématique de l'assurée dans la mesure où, mis à part le port occasionnel des bagages de ses clients, elle était peu contraignante et lui permettait d'organiser ses horaires, en travaillant 2 heures le matin avant de se reposer puis de travailler à nouveau 2 heures l'après-midi. Le médecin traitant soulignait qu'une activité, même plus légère, n'autoriserait pas sa patiente à organiser son travail pour pallier ses douleurs. Etant donné l'importance de la symptomatologie et les difficultés de l'assurée à faire face aux activités de la vie quotidiennes, la Dresse N._____ estimait qu'il lui était absolument impossible d'augmenter son taux d'activité. Elle a transmis une copie du courrier du Prof. K._____, chef de service de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Y._____, lequel avait reçu l'assurée à sa consultation le 7 octobre

2016. Dans son appréciation du 16 octobre 2016, le Prof. K. _____ mentionnait l'existence de cervico-brachialgies chroniques, évoquant une névralgie C7, sans déficience neurologique franche. Relevant que les mesures thérapeutiques entreprises n'avaient pas eu une efficacité suffisante, il exposait avoir prescrit une nouvelle série de séances de physiothérapie avec des objectifs précis et détaillés ainsi qu'un traitement de Gabapentine avec augmentation progressive, à adapter en fonction de l'efficacité et de la tolérance, ainsi que du Neurodol pour la région cervicale et la racine du membre supérieur gauche. Une nouvelle consultation était programmée le 5 décembre 2016 pour décision sur la suite de la prise en charge qui pourrait être multidisciplinaire et intensive.

Dans un avis SMR du 22 décembre 2016, le Dr X. _____ a repris son appréciation du 26 septembre 2016. Pour le surplus, il a indiqué que les pièces médicales versées au dossier depuis lors allaient toutes dans le sens d'un rôle prépondérant dans les plaintes et empêchements à type de cervicalgies que présentait l'assurée. Il a souligné que c'était ce problème qui avait fondé son avis du 8 juillet 2016. En ce qui concerne l'avis du Prof. K. _____, il a relevé que celui-ci avait confirmé l'absence de déficit sensitif et/ou moteur secondaire aux troubles dégénératifs affectant le rachis cervical, ce qui confirmait sa propre appréciation. Quant aux autres pièces médicales versées au dossier depuis juillet 2016, elles ne fournissaient aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assurée, de sorte qu'il maintenait sa position.

Par courrier du 27 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il confirmait son projet de décision du 28 octobre 2016 pour le motif qu'aucun des rapports médicaux versés au dossier durant la procédure d'audition ne fournissait d'indice dans le sens d'une aggravation notable et durable de son état de santé, le courrier du 13 octobre 2016 du Prof. K. _____ confirmant par ailleurs l'absence de déficit sensitif et/ou moteur secondaire aux troubles dégénératifs affectant le rachis cervical.

Le 17 février 2017, l'OAI a envoyé à l'assurée la décision formelle lui allouant une demi-rente d'invalidité d'une durée temporaire, à

savoir du 1^{er} décembre 2014 au 31 décembre 2015. La motivation a fait l'objet d'un courrier séparé, daté du 27 janvier 2017.

B. Par acte de son conseil, Me Romain Deillon, du 20 mars 2017, L._____ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 17 février 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à la réforme en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} décembre 2014 pour une durée illimitée. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir. La recourante fait tout d'abord grief à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendue en rendant une décision insuffisamment motivée en ce sens qu'il n'a pas indiqué sur quelles constatations médicales il s'est fondé pour lui accorder une demi-rente pour la période allant du 1^{er} décembre 2014 au 31 décembre 2015 et pour considérer qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir du 2 septembre 2015. A cet égard, la recourante rappelle que le dépôt de sa demande de prestations d'invalidité en avril 2014 avait été motivé par des douleurs aiguës aux jambes et aux pieds depuis le mois de juillet 2013 et que durant l'instruction de la cause, soit le 26 septembre 2014, elle avait subi un accident de la voie publique. Elle relève que la plupart des examens médicaux effectués ont porté sur les suites médicales de l'accident de circulation et reproche à l'intimé de ne pas avoir expliqué sur quelles constatations médicales, respectivement atteintes à la santé il s'est fondé pour décider de lui octroyer une demi-rente temporaire. Sur le fond, la recourante fait valoir que l'appréciation de l'intimé selon laquelle elle aurait recouvré une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% à compter du 2 septembre 2015 dans une activité adaptée est contredite par les avis médicaux des médecins qu'elle a consultés et est par conséquent infondée. Se référant principalement à l'appréciation médicale de son médecin traitant quant à sa capacité de travail et aux autres rapports médicaux figurant au dossier, elle fait valoir que sa capacité de gain ne dépasse pas 50%, ce qui conduit à un degré d'invalidité du même taux et à l'octroi d'une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 2014 pour

une durée indéterminée. Enfin, la recourante fait valoir que les douleurs qu'elle présente relèvent d'un trouble somatoforme douloureux que l'intimé aurait dû retenir à l'aune de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en la matière et le conduire à lui octroyer une demi-rente. A l'appui de son recours, la recourante a produit le rapport établi par le Prof. P._____ et le Dr [...], médecin assistant auprès du Service de neurologie du Y._____ le 26 janvier 2017 à l'attention du Prof. K._____. Il en ressort notamment ce qui suit :

"Nous avons vu la patiente susnommée à notre consultation le **06.01.2017**, et voici nos constatations.

Motif de recours

Suspicion de radiculopathie C7 gauche

Diagnostics - Antécédents - Interventions

Diagnostics principaux

Cervicobrachialgie chronique avec radiculopathie irritative et déficitaire C7 gauche

Neuropathie focale compressive ulnaire gauche

Anamnèse

Nous vous remercions de nous adresser cette patiente, souffrant de cervicobrachialgies gauches dans le territoire C7 et C8, avec faiblesse subjective et hypoesthésie depuis deux ans après un accident de la voie publique. Au vu du rétrécissement foraminal C6-C7 gauche sur protrusion discale paramédiane, vous nous demandez une évaluation électrophysiologique de la racine C7 gauche.

[...]

Conclusions, traitement et évolution

Il s'agit de cervicobrachialgies chroniques, associées à des signes irritatifs, suggérant une radiculopathie C7 gauche, confirmée par rétrécissement anatomique foraminal C6-C7 gauche, ainsi que par la myographie montrant des signes d'atteinte neurogène chronique dans les muscles innervés par la racine C7.

La patiente présente de manière concomitante une neuropathie ulnaire compressive au niveau de la gouttière osseuse épitrochléo-olécrânienne gauche. Nous conseillons l'évitement des positions favorisant la compression du nerf à cet endroit."

Dans sa réponse du 1^{er} juin 2017, l'intimé a proposé d'interroger les médecins signataires du rapport du 26 janvier 2017 sur les limitations fonctionnelles ainsi que sur la capacité de travail de la recourante depuis septembre 2015, dans l'activité de chauffeur de taxi et dans une activité adaptée aux limitations décrites. Il s'est référé à l'avis du Dr X._____ du SMR du 8 mai 2017 produit en annexe, qui a la teneur suivante :

"Les conclusions de la SUVE (sic) reposent sur un séjour à la Q._____/ [...] du 12 mai 2015 au 9 juin 2016 [recte : 2015] avec examens/observations médicales (sic) et appréciation médicothéorique et une observation en ateliers professionnels (mise en situation) par des spécialistes en réadaptation. Dans ce type d'observation, quel (sic) que soit l'origine des empêchements, ils sont pris en compte dans les appréciations finales. Il n'y avait donc pas de raison pour le SMR de s'en écarter.

Le rapport de consultation neurologique du Y._____, daté du 26 janvier 2017 annonce un fait nouveau de nature à modifier notre appréciation de la capacité de travail dans l'activité de référence.

Il convient de demander aux médecins signataires du rapport du 26 janvier 2017 d'apprécier la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rapport d'examen SMR du 12 juillet 2016 en y ajoutant, activité sollicitant peu le membre supérieur gauche chez une gauchère (RM du 5 mai 2014)."

Dans sa réplique du 23 juin 2017, la recourante a apporté des explications complémentaires concernant son état de santé. Elle a produit un certificat d'arrêt de travail daté du 6 avril 2017 pour une durée d'un mois. La recourante expose qu'il ressort du rapport médical du 7 avril 2017 supposé produit en annexe qu'elle a subi une intervention chirurgicale le 6 avril précédent. Citant ledit rapport, elle indique que cette intervention a été jugée nécessaire dès lors qu'elle a "épuisé l'ensemble des traitements conservateurs à type de physiothérapie, infiltrations, médecine physique et réadaptative [...]" et que c'est dans ce contexte et "au vu de la corrélation radioclinique en ce qui concerne les douleurs du membre supérieur gauche" qu'a été décidée cette intervention. Selon la recourante, cette "constatation" démontre à satisfaction que les troubles cervicaux dont elle souffre sont en relation directe avec l'accident de la circulation dont elle a été victime, contrairement à l'avis du SMR du 12 juillet 2016 selon lequel "ces troubles ne sont pas en relation avec l'accident/coup du lapin". La recourante fait également valoir que la pose d'une "cage" sur les vertèbres C6-C7 atteste une lésion aux vertèbres conformément à ce qui a été relevé dans plusieurs rapports médicaux, ce qui fonde son incapacité de travail d'au moins 50% et lui donne droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2014. La recourante a requis l'audition des Prof. P._____, et [...].

Par duplique du 13 juillet 2017, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter à ses déterminations du 1^{er} juin précédent. Il a confirmé ses

conclusions, non sans rappeler que l'évolution de la situation médicale de la recourante postérieurement à la date de la décision attaquée n'avait pas à être prise en compte dans le cadre du recours.

Le 2 août 2017, le magistrat instructeur a invité la CNA à lui communiquer le dossier complet de la recourante, ce que celle-ci a fait en date du 8 août. Dit dossier a été mis à la disposition des parties pour consultation.

Le 6 septembre 2017, l'OAI s'est déterminé sur le dossier médical de la CNA après avoir consulté le SMR, dont il a produit l'avis, daté du 31 août 2017 et signé du Dr X._____. On peut y lire notamment ce qui suit :

"Le rapport de consultation de neurologie du Y._____ daté du 26 janvier 2017 annonce un fait nouveau de nature à modifier notre appréciation de la capacité de travail dans l'activité de référence. Il convient de reconnaître une aggravation de l'état de santé depuis au moins janvier 2017 du fait d'une radiculopathie irritative et déficitaire C7 gauche dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis cervical et d'une neuropathie ulnaire (nerf cubital) compressive au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne gauche. On doit reconnaître que des signes objectifs d'aggravation étaient présents lors de la consultation du 13 octobre 2016 du Pr. K._____ qui identifie clairement sur son examen clinique une souffrance de la racine C7. Il s'agit d'un fait nouveau et les empêchements à l'automne 2016 semblent être apparus au cours de l'été 2016. Il s'agit d'un cas maladie sans lien de causalité avec l'accident du 26 septembre 2014. Il convient de demander au Y._____ la totalité des comptes-rendus (sic) de consultation depuis janvier 2017 ainsi que le compte rendu de séjour relatif à l'hospitalisation d'avril 2017. Merci de demander aux neurologues/neurochirurgiens du Y._____ d'apprécier la capacité de travail actuelle dans l'activité de chauffeur de taxi et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rapport d'examen SMR du 12 juillet 2016 en y ajoutant, activité sollicitant peu le membre supérieur gauche chez une gauchère (RM du 5 mai 2014)."

Dans ses déterminations du 6 septembre 2017, l'intimé a fait valoir que les renseignements (réd. : contenus dans le dossier de la CNA) qui n'étaient pas encore en sa possession parlent en faveur d'une atteinte à la santé différente de celle à l'origine de l'incapacité de travail ayant entraîné la reconnaissance du droit à la demi-rente limitée au 31

décembre 2015. Selon l'OAI, ce n'est qu'en automne 2016 que des empêchements ont été objectivés en rapport avec la nouvelle atteinte et depuis février 2017 qu'est attestée une incapacité de travail d'une certaine durée. Dans ces circonstances, il considère que le droit éventuel à de nouvelles prestations sous forme de rente ne peut s'ouvrir qu'après un nouveau délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). Les événements survenus dès l'automne 2016 ne pourraient pas avoir d'influence sur le droit à la rente tel que défini dans la décision attaquée. L'intimé conclut au rejet du recours et à celui des mesures d'instruction demandées.

Dans ses déterminations du 2 octobre 2017, la recourante conteste l'avis de l'intimé, respectivement du SMR, selon lequel les signes objectifs d'aggravation résultant du rapport de consultation du Prof. K._____ du 13 octobre 2016 constitueraient un fait nouveau, soit un cas de maladie sans lien avec l'accident du 26 septembre 2014. Se référant au diagnostic retenu par le Dr A.R._____ dans son rapport du 18 février 2015 et aux appréciations médicales de la Dresse N._____ du 23 mars 2015, elle soutient que les signes d'aggravation de son état de santé étaient antérieurs à la consultation du 13 octobre 2016 et remontaient à tout le moins à l'année 2015. La recourante a confirmé les conclusions de son acte de recours.

Par écriture du 11 octobre 2018, l'intimé a produit une liasse de pièces dont une copie du rapport d'expertise établi le 15 septembre 2018 par le Dr B.R._____, spécialiste en médecine interne, à la demande de l'assureur perte de gain (T._____), ainsi que son complément du 21 septembre 2018. L'intimé a rappelé qu'il était d'avis que l'évolution de la situation médicale de la recourante depuis février 2017 n'avait pas d'incidence sur la décision objet du recours pour les motifs exposés dans ses déterminations du 6 septembre 2017.

Le 26 octobre 2018, l'écriture de l'intimé du 11 octobre précédent et ses annexes ont été communiquées au conseil de la recourante pour information.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 – comme c'est le cas en manière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 40 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) prévoit que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure durant toute la procédure.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA et 40 al. 3 RAI en corrélation avec l'art. 58 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante de continuer à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2015.

3. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante soutient que l'office intimé a violé son droit d'être entendue en rendant une décision dénuée de motivation ne lui permettant pas de comprendre sur quelles constatations médicales, l'intimé a décidé de lui accorder une demi-rente d'invalidité, respectivement lui supprimer une telle rente à compter du 2 septembre 2015.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 142 II 218 consid. 2.3, 141 V 557 consid. 3.1, 135 II 286 consid. 5.1, 129 II 497 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1, 142 III 360 consid. 4.1.4, 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les arrêts cités).

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1, 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1).

En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2, 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1).

En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 I 235 consid. 5.2, 126 I 97 consid. 2b, 125 III 440 consid. 2a). Il n'y a en définitive violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3, 130 II 530 consid. 4.3).

c) En l'espèce, la décision litigieuse du 17 février 2017 indique le montant des prestations allouées à la recourante en décembre 2014, puis de janvier à décembre 2015. Suit ensuite le descriptif des bases de calcul de la rente, puis le décompte entre le montant des rentes dues et celui des rentes versées, avec un solde en faveur de la recourante de 123 fr. 05. Bien que l'acte attaqué se réfère aux conclusions du SMR, lequel a retenu que l'atteinte à l'origine de la rente était une atteinte cervicale, force est de constater que l'intimé n'a pas indiqué sur quelles constatations médicales il se fondait pour admettre que la recourante présentait une incapacité de travail de 50% dès le 4 décembre 2014 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année) lui ouvrant le droit à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité, ni celles qui lui permettaient de considérer qu'elle aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de septembre 2015, justifiant la suppression de la demi-rente allouée jusqu'au 31 décembre 2015. A cela s'ajoute que dans son rapport du 8 juillet 2016, le SMR avait retenu que la recourante présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail de 100% dès le 4 décembre 2013, puis de 75% dès le 15 juin 2015 et enfin de 50% dès le 2 septembre 2015. Dans ce contexte, on peine à comprendre pour quels motifs l'intimé fait état d'une incapacité de travail de 50% dès le 4 décembre 2014 dans l'acte attaqué. Si la capacité de travail était finalement nulle à compter du 4 décembre 2014 et que dans cette hypothèse il s'agirait d'une erreur de l'intimé, il convient de constater que l'acte attaqué n'explicite pas les motifs pour lesquels une demi-rente d'invalidité a finalement été octroyée. A contrario, en l'absence d'erreur et dans l'hypothèse où l'appréciation de la capacité de travail par le SMR du 8 juillet 2016 devait être retenue, la recourante aurait droit à une rente d'un taux supérieur. L'ébauche de motivation figurant dans un courrier séparé du 27 janvier 2017, soit antérieur à la décision litigieuse, ne répond toutefois pas aux interrogations précitées.

d) Cela étant, la motivation de la décision attaquée ne remplit pas les conditions d'une motivation suffisante, conforme au droit d'être entendue de l'assurée. En présence d'une violation du droit d'être

entendu, la question qui se pose est celle de savoir si dite violation peut être réparée. In casu, il pouvait être attendu de l'intimé qu'il procède sur la violation du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure judiciaire, ce qui aurait permis de constater cas échéant une réparation de la violation de ce principe. L'intimé ne s'étant pas déterminé plus avant quant à l'évolution de la capacité de travail de l'intéressée, la Cour de céans ne saurait statuer sur cet aspect du litige en se fondant sur des hypothèses.

4. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis pour des motifs formels, sans qu'il y ait lieu d'examiner les griefs au fond. En conséquence, la décision du 17 février 2017 doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 francs (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 17 février 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. _____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Romain Deillon, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :