

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 366 vom 21. Mai 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-05-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_366](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__366)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 366 du 21 mai 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 366 del 21 maggio 2012

### Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ACTIVITÉ LUCRATIVE, FEMME AU FOYER, EFFET, RÉDUCTION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88bis al. 2 let. a RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.05.2012 Arrêt / 2012 / 366

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ACTIVITÉ LUCRATIVE, FEMME AU FOYER, EFFET, RÉDUCTION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88bis al. 2 let. a RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 130/10 - 169/2012 ZD10.010195 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 21 mai 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : S. \_\_\_\_\_, à Buchillon, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88bis al. 2 let. a RAI E n f a i t : A. S. \_\_\_\_\_, née le 22 mai 1964, est mariée et elle a trois enfants, nés respectivement en 1992, 1994 et 1996. Elle a acquis une formation d'assistante sociale et d'animatrice socio-culturelle à l'Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques de Lausanne. Elle a été employée de juin 1998 à décembre 2001, au taux de 20 %, comme coordinatrice des cours d'Espace Prévention, par la Fondation K. \_\_\_\_\_ à T. \_\_\_\_\_. Elle était en incapacité de travail totale pour des raisons médicales (sciatalgies après l'opération d'une hernie discale et état dépressif) depuis le 19 juin 2001. B. S. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée) a déposé le 14 mai 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (demande de rente) en mentionnant, comme atteintes à la santé, une hernie discale et un kyste sur le nerf sciatique. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a traité cette demande. L'Office AI a chargé des médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_ (COMAI), à Z. \_\_\_\_\_, de procéder à une expertise pluridisciplinaire. Le rapport de synthèse (Dr R. \_\_\_\_\_, anamnèse et examen clinique; Dr Y. \_\_\_\_\_, expertise neurologique; Dr L. \_\_\_\_\_, expertise psychiatrique), du 28 juin 2004, retient en particulier ce qui suit en conclusion (rubriques diagnostics, appréciation et réponses aux questions): « Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail · Radiculalgie S1 droite persistante après microdissectomie L5-S1 droite pour hernie discale le 08.03.00 (M54.1) · Episode dépressif moyen (F32.1) [...] Les plaintes actuelles sont précises et consistantes; elles concordent avec celles qui émanent du dossier; il s'agit d'une lombo-sciatalgie droite évoquant une topographie radiculaire S1. Le caractère de la douleur, son rythme, sa durée, la persistance

nocturne et ses différentes modalités (paresthésies, décharges électriques) parlent pour une origine neurogène. Le retentissement sur les activités courantes et de loisir est décrit de façon dépassionnée, sans pathos ni souci de convaincre. L'examen physique est à l'avenant. L'assurée collabore à l'investigation de façon optimale, n'adoptant pas le comportement douloureux habituellement rencontré dans le contexte de l'expertise. Les signes de Waddell sont absents. L'épargne lombaire, lorsqu'elle se dévêt, ne paraît pas exagérée. Le tableau est celui d'un syndrome radiculaire S1 droit irritatif avec un signe de Lasègue et un Braggard positifs, rapidement soulagés par la flexion du genou, et déficitaire avec une hyporéflexie achilléenne et une hypoesthésie plantaire. Pour l'expert neurologue, le Dr Y. \_\_\_\_\_, il convient de valoriser ces signes, l'ensemble du tableau étant cohérent. L'expert psychiatre est, comme tous les autres observateurs, frappé par l'attitude très spontanée et authentique de l'expertisée au cours de l'investigation. Pour le Dr L. \_\_\_\_\_, il subsiste actuellement des éléments dépressifs caractérisés par une augmentation de la fatigabilité, une perturbation du sommeil et une attitude morose. Ces éléments sont à relier à la persistance des douleurs ainsi qu'aux adaptations et aux renoncements que ces douleurs imposent. Au terme de leur entretien de synthèse, les experts admettent de façon unanime que S. \_\_\_\_\_ présente une atteinte significative à sa santé; cette atteinte consiste principalement en une radiculalgie droite persistante après discectomie pour hernie discale. Les plaintes concordent avec les données de l'examen physique. Le retentissement de ces douleurs sur les activités courantes, professionnelles et de loisir, est considérable et demande à l'expertisée un effort d'adaptation tel que la limite de ses capacités est atteinte. Le handicap perçu paraît crédible. L'équilibre psychique est actuellement à peine maintenu et l'on ne peut exiger de l'assurée qu'elle reprenne une activité avec rendement. [...] 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique, Mme S. \_\_\_\_\_ souffre d'une douleur neurogène persistante après opération d'une hernie discale L5-S1 droite. Il s'agit d'une douleur torpide, constante, exerçant une influence négative sur la concentration, empêchant le maintien d'une position pendant plus d'une trentaine de minutes. La persistance depuis quatre ans de cette douleur a nécessité un effort considérable d'adaptation; le prix en a été un état dépressif moyen, réactionnel à l'atteinte physique, aggravant les troubles du sommeil et le sentiment d'inutilité. Finalement, l'assurée a atteint la limite de ses capacités d'adaptation. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici On doit admettre que l'incapacité de travail est, toutes pathologies confondues, totale depuis la date indiquée par l'employeur, à savoir le 18.06.01. Cette incapacité est indépendante du type d'activité exercée. [...] Les experts estiment que toutes les ressources du traitement médical n'ont pas été épuisées dans cette situation. Il nous paraît indispensable de vaincre les appréhensions de l'assurée à l'égard des traitements médicamenteux: l'expert neurologue propose de tenter un traitement de la douleur chronique à l'aide d'un anti-épileptique (Neurontin à doses progressives) et à l'aide d'un antalgique (tramadol). On peut également espérer que le mouvement dépressif va s'estomper une fois que le processus de deuil de certaines activités aura abouti. Finalement, l'incapacité ne doit pas être considérée comme définitive. Une nouvelle appréciation de l'état de santé dans la perspective d'une reprise professionnelle devrait être réalisée d'ici deux ans. » L'Office A1 a par ailleurs mis en oeuvre une enquête économique sur le ménage (enquêteur: B. \_\_\_\_\_). Le rapport d'enquête, du 3 décembre 2004, retient pour l'assurée, sur la base de ses déclarations, un statut mixte, si elle était en bonne santé, soit 70 % active (animatrice socio-culturelle) et 30 % ménagère. Le résultat des estimations et calculs, selon la formule usuelle de l'enquête, révèle un taux d'empêchements de 47 % dans

l'exécution des travaux ménagers. Le rapport mentionne que l'assurée est aidée dans la tenue de son ménage par une employée de maison à domicile. L'Office AI a statué sur le droit à une rente d'invalidité en prenant en considération les données résultant de l'expertise médicale et du rapport d'enquête ménagère. Par deux décisions connexes des 11 mars 2005 et 9 mai 2005, il a alloué à l'assurée une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002, sur la base d'un degré d'invalidité de 84 % calculé ainsi: - Part active: 70 %; empêchement 100 %; degré d'invalidité: 70 % - Part ménagère: 30 %; empêchement: 47 %; degré d'invalidité: 14.10 % - Degré d'invalidité total: 70 + 14 % = 84 %. C. L'Office AI a engagé en août 2006 une procédure de révision de la rente. Il a posé différentes questions à l'assurée. S'agissant de son statut, l'assurée a répondu le 26 août 2006 qu'en bonne santé, elle travaillerait au taux de 70 à 80 % dans le domaine de la santé ou du social (formule 531 bis). L'Office AI a demandé un rapport au médecin traitant de l'assurée, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, à T. \_\_\_\_\_. Le 17 novembre 2006, ce médecin a exposé qu'il n'y avait pas d'évolution dans la capacité de travail depuis 2002, les limitations fonctionnelles étant essentiellement dues aux lombosciatalgies. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'y avait pas de traitement actuel médicalement proposé. L'Office AI a chargé la Clinique H. \_\_\_\_\_/COMAI de réaliser une nouvelle expertise médicale. L'assurée a séjourné dans cette clinique du 12 au 13 juin 2007. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire (Dr X. \_\_\_\_\_, anamnèse et examen clinique; Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre; Dr Y. \_\_\_\_\_, neurologue; Mme N. \_\_\_\_\_, physiothérapeute, pour l'évaluation des capacités fonctionnelles) a été déposé le 26 juin 2007. Les experts retiennent le diagnostic suivant (ayant une répercussion sur la capacité de travail): séquelle radiculaire S1 droite (M54.1) avec douleurs neurogènes, status post cure de hernie discale L5-S1 en 2001. Ils exposent ce qui suit en conclusion: « En conclusion, S. \_\_\_\_\_ a été opérée en 2001 d'une hernie discale L5-S1 droite. Elle continue à souffrir de séquelles radiculaires S1 droites. Ces douleurs persistent, pratiquement sans changement depuis l'expertise pluridisciplinaire effectuée en 2004. On note une très bonne concordance entre les symptômes allégués par l'assurée et les constatations cliniques et en particulier neurologiques. Depuis 2004, il est constaté une discrète amélioration objective sur le plan somatique, que l'on objective en particulier de par la disparition des signes d'irritations radiculaires lors de la mise sous tension du membre inférieur droit. Les douleurs sont cependant exacerbées par les efforts contraignants pour le rachis et restent supportables pour autant que l'assurée bénéficie d'un rythme de vie régulier, évitant les efforts et lui permettant d'effectuer régulièrement des exercices pour entretenir la condition physique en particulier de la musculature du tronc. Etant donné la persistance des douleurs neurogènes exacerbées par les efforts, une incapacité de travail de 100% dans des activités entraînant des contraintes pour le rachis est justifiée depuis 2001, pour une durée indéterminée. Lors de l'expertise de 2004, l'assurée présentait les critères d'un épisode dépressif moyen qui s'est développé dans le contexte des douleurs neurogènes persistantes et de difficultés de couple. Sur le plan psychologique l'évolution est lentement favorable et il n'y a actuellement plus de trouble psychopathologique atteignant un seuil diagnostique. Il faut cependant souligner le caractère fragile de cette évolution, dépendante d'un important aménagement de la vie quotidienne de l'assurée lui permettant de gérer au mieux les douleurs persistantes. Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent sur le fait que l'assurée a récupéré une certaine capacité de travail dans une activité non contraignante pour le rachis. Cette activité adaptée devrait éviter les ports de charges, les travaux en flexion et/ou rotation du tronc et permettre des changements de position. A ce titre l'activité d'assistante sociale et

animatrice socioculturelle paraît remplir les conditions susmentionnées. Compte tenu d'une diminution de rendement, liée en particulier aux pauses nécessaires après deux heures environ de travail, un taux global de 40% paraît exigible à partir de la présente expertise. Compte tenu de la lente amélioration et des capacités d'adaptation de l'assurée, une réévaluation paraît justifiée après quatre ans environ. » L'auteur de l'évaluation psychiatrique (Dr L. \_\_\_\_\_) a indiqué qu'il ne retenait « plus actuellement de trouble psychopathologique atteignant un seuil diagnostique à valeur incapacitante; la persistance des douleurs constitue cependant un stress que l'expertisée arrive actuellement à gérer dans un fonctionnement quotidien qu'elle a adapté à celles-ci ». L'Office AI a fait par ailleurs procéder à une nouvelle enquête économique sur le ménage (même enquêtrice qu'en 2004). Le rapport d'enquête, du 28 novembre 2007, retient pour les empêchements un taux total de 37 %. L'enquêtrice a conclu par la remarque suivante: « L'assurée parle de statu quo. Etant donné qu'elle a une employée de maison à demeure, elle ne participe pratiquement pas aux tâches ménagères. Il est difficile de faire la part des choses, entre ce que notre assurée pourrait réellement faire comme tâches ménagères avec son atteinte à la santé et ce qu'elle ne fait pas parce que l'employée est là pour cela. Enquête ménagère difficile à chiffrer avec discernement et justesse ». D. L'Office AI a organisé un stage pour l'assurée, afin d'évaluer ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. Ce stage s'est déroulé à l'Hôpital d'O. \_\_\_\_\_ (secteur animation), du 1<sup>er</sup> au 19 septembre 2008, avec un taux d'occupation de 40 %. Les éléments suivants, concernant ce stage, figurent dans le dossier de l'Office AI: - Fiche relatant un entretien téléphonique le 19 septembre 2008 avec M. P. \_\_\_\_\_, responsable du secteur animation: le stage s'est moyennement bien passé, l'assurée ayant beaucoup souffert. - Courriel du 25 septembre 2008 de M. P. \_\_\_\_\_ à l'Office AI: L'assurée a eu très rapidement de fortes douleurs, en lien avec les animations proposées. Ces douleurs ont influencé la poursuite du stage, l'horaire a été réduit à 20 % et les activités auxquelles elle pouvait participer ont été sélectionnées (pas de manutention ni de déplacement en chaise roulante); suite à cela, le stage s'est nettement mieux passé. L'assurée a estimé que dans ces conditions, un 20 % était tout à fait envisageable. - Fiche relatant un entretien téléphonique le 30 septembre 2008 avec M. P. \_\_\_\_\_: Pendant la première semaine de stage, l'assurée a voulu faire comme toutes les animatrices et n'a pas vraiment tenu compte de ses limitations fonctionnelles (en manipulant des chaises roulantes, en portant du matériel médical). Ensuite, M. P. \_\_\_\_\_ a diminué son taux d'activité à 20 % car il craignait qu'à 40 % cela soit trop pénible physiquement. Il pense qu'elle pourrait travailler à 40 % si elle ne fait aucune tâche lourde mais estime que 20 % serait plus adapté (risque d'absentéisme). E. Le 14 août 2009, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis intitulé « projet d'acceptation de rente, réduction de la rente d'invalidité ». Selon ce préavis, la rente entière doit être remplacée par une demi-rente. La motivation proposée est en substance la suivante: L'assurée est considérée comme active à 80 %; les 20 % restants correspondent aux travaux habituels au ménage. Le stage d'observation, dans l'activité habituelle d'animatrice socio-culturelle, a démontré que cette activité est adaptée et que son exercice à un taux de 40 % peut raisonnablement être exigé. Le degré d'invalidité doit donc être réévalué dans le cadre de la révision. L'empêchement dans la tenue du ménage est de 37 %. Le degré d'invalidité global est de 51.16 %, à savoir de 43.76 % pour la part active (80 %, avec un taux d'empêchement de 54.7 %), et il est de 7.4 % pour la part ménagère (20 %, avec un taux d'empêchement de 37 %). Il ressort du dossier que pour calculer le préjudice dans la part active, l'Office AI a pris en compte les données suivantes: - revenu sans invalidité (RS): 77'272 fr. en 2007, pour une activité à 100

% à la Fondation K.\_\_\_\_\_, soit 61'817 fr. pour une activité à 80 % - revenu d'invalidé (RI), pour une activité à 40 % selon la convention collective de travail des éducateurs sociaux: 28'000 fr. - différence RS - RI = 33'817 fr., ce qui correspond à 54.7 % du RS F. L'assurée a présenté à l'Office AI des objections contre le préavis. Elle s'est notamment prévalu de l'avis de son médecin, le Dr V.\_\_\_\_\_, du 18 novembre 2009, qui retenait en particulier un risque de décompensation psychique en cas de reprise du travail (« La situation de [l'assurée] n'a pas changé, notamment sur le plan psychique: même si le fait qu'elle ait pu reprendre une activité physique - natation, gymnastique, marche - montre une capacité de réinvestissement dans des activités physiques bonnes pour sa santé, il n'en reste pas moins que les douleurs persistent, qu'elles sont parfois insomniantes, et que je sens [l'assurée] très fragile »). Elle a aussi produit une lettre de M. P.\_\_\_\_\_, responsable du stage qu'elle avait effectué en 2008, précisant notamment qu'« il n'est pas envisageable, au sein de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, d'engager à 40 % une personne ayant des difficultés physiques du genre de [celles affectant l'assurée] »; le stage l'aurait démontré puisque le taux d'activité a été réduit à 20 %, avec un aménagement des tâches. Le Service médical régional de l'AI s'est prononcé le 15 février 2010 sur l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_. Il a retenu que le risque d'une décompensation psychique lors d'une tentative de reprise professionnelle n'était fondé sur aucun élément objectif, alors que le rapport d'expertise de la Clinique H.\_\_\_\_\_, comportant l'avis d'un psychiatre, ne mentionnait pas ce risque (avis SMR du 15 février 2010, Dr C.\_\_\_\_\_). L'Office AI a écrit le 23 février 2010 à l'avocate de l'assurée que ses arguments ne justifiaient pas qu'il soit pris une autre décision que celle annoncée dans le préavis du 14 août 2009. Le 26 février 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle de réduction de la rente d'invalidité, soit de remplacement de la rente entière par une demi-rente à partir du 1 er avril 2010 (pour l'assurée et ses enfants). La motivation de cette décision correspond à celle du préavis du 14 août 2009. La décision a été mise à la poste, à l'attention de l'assurée, le 1 er mars 2010. G. Le 25 mars 2010, S.\_\_\_\_\_ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision du 26 février 2010. Elle demande l'annulation de cette décision, le tribunal prononçant qu'elle a droit au maintien de la rente entière d'invalidité, pour elle et ses enfants, dès le 1 er avril 2010, avec intérêt à 5 %. La recourante demande, à titre de mesures d'instruction, l'audition de M. P.\_\_\_\_\_ (responsable du secteur animation-bénévolat-aumônerie de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_) ainsi que de son médecin le Dr V.\_\_\_\_\_, et elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale et d'une nouvelle enquête ménagère. Dans sa réponse du 20 mai 2010, l'Office AI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Les parties ont présenté des observations complémentaires. Puis le juge instructeur a transmis des questions posées par la recourante au Dr V.\_\_\_\_\_, en l'invitant à répondre par écrit. Le 25 mars 2011, ce médecin a d'abord précisé qu'il n'avait pas pu réexaminer la recourante depuis plusieurs années; il s'est donc référé à l'année 2006, « époque à laquelle les symptômes étaient exactement les mêmes ». Il a semblé inutile au Dr V.\_\_\_\_\_ de procéder à des nouvelles investigations, la situation étant stationnaire. Il a conclu ainsi: « L'impression que j'ai est que si l'on exige de [la recourante] une activité, ne serait-ce que de 40 %, on risque de se retrouver dans une situation où la partie psychique de son problème pourrait décompenser. [...] Je crois pouvoir maintenir mon opinion quant à la difficulté, au plan global, psychosomatique, de la reprise d'une activité professionnelle ». Le juge instructeur a par ailleurs invité l'Office AI à se prononcer plus spécifiquement sur le taux d'empêchements dans la part ménagère. Le 1 er mars 2012, l'Office AI a relevé que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était évaluée par

les experts de la Clinique H. \_\_\_\_\_ à 40 % en 2007, alors qu'elle était considérée comme nulle en 2004; dans ces conditions, il n'est pas surprenant que les empêchements objectifs au ménage diminuent par rapport à fin 2004 (date de la première enquête ménagère), quand bien même il y aurait subjectivement un statu quo. Dans la mesure où la recourante dispose d'une employée de maison à plein temps, il y a une diminution théorique des empêchements pour certains postes. La recourante a pu se déterminer sur cette dernière écriture. E n d r o i t : 1. 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 (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, dirigé contre une décision de réduction de rente, après révision, a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable et il y a lieu d'entrer en matière. 2. La recourante prétend que sur la base du dossier, en particulier du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2009 et de l'avis du responsable de stage M. P. \_\_\_\_\_, il n'est pas admissible de lui reconnaître une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée. a) La décision attaquée a été prise à l'issue d'une procédure de révision de la rente, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui dispose 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 ». L'Office AI a exposé les motifs pour lesquels il retenait désormais un taux d'invalidité de 51.16 %, donnant droit à une demi-rente au lieu de la rente entière versée sur la base des décisions du printemps 2005. Contrairement à ce que paraît affirmer la recourante, la décision attaquée est suffisamment motivée, en ce sens qu'elle indique suffisamment clairement les motifs de révision et de réduction de la rente, permettant à l'intéressée de l'attaquer en connaissance de cause (ATF 136 V 351 consid. 4.2 .). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde principalement sur des documents médicaux. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115

V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). c) Il faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le tribunal ne peut juger l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; cf. aussi ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références). Cela étant, selon la jurisprudence fédérale, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes sur le plan physique, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 aI. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections donnant lieu à des prestations de l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5 et 6). d) S'agissant des atteintes à la santé physique, l'expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, mise en oeuvre par l'Office AI (expertise Clinique H. \_\_\_\_\_/COMAI du 26 juin 2007) décrit la situation de manière claire et complète. Une amélioration est constatée depuis 2004, entraînant une récupération d'une certaine capacité de travail. Cela n'est pas sérieusement contesté dans le seul avis médical produit par la recourante, celui de son médecin traitant, spécialiste en médecine interne, qui admet du reste n'avoir pas effectué d'examen clinique depuis plusieurs années – le dernier examen semblant même être antérieur à l'expertise de la Clinique H. \_\_\_\_\_. En définitive, le Dr V. \_\_\_\_\_ insiste sur un risque de décompensation psychique, risque qui est évoqué de manière assez théorique. Ce médecin, vu sa spécialité, ne peut pas présenter un avis d'expert sur le plan psychiatrique. Au demeurant, l'expertise de la Clinique H. \_\_\_\_\_ contient l'avis d'un psychiatre, qui n'a pas constaté de trouble psychopathologique incapacitant; en d'autres termes, le risque d'une véritable décompensation n'a pas été retenu par l'expert. Quant à l'avis du responsable du stage effectué en septembre 2008, durant trois semaines (au total, vu le taux d'activité: quelques jours de stage), il ne saurait équivaloir à un avis médical (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF

9C\_739/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2011 consid. 2.3 et les références; TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1 et les références). En se fondant sur les conclusions de l'expertise de la Clinique H.\_\_\_\_\_, jugée entièrement probante, pour évaluer la capacité de la recourante à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'Office AI n'a pas fait une mauvaise appréciation des preuves. Comme on vient de le voir, les observations du Dr V.\_\_\_\_\_ ne font pas état d'éléments de nature à mettre en doute les conclusions des médecins de la Clinique H.\_\_\_\_\_, lesquelles ne sont au surplus infirmées par aucun autre avis médical figurant au dossier. Il ne se justifie donc pas d'ordonner une nouvelle expertise médicale, ni de procéder à l'audition du Dr V.\_\_\_\_\_ (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir notamment ATF 136 I 229 consid. 5.3; 134 I 140 consid. 5.3; 131 I 153 consid. 3). e) L'activité habituelle de la recourante – à savoir une activité d'animatrice socio-culturelle ou une activité d'assistance dans le domaine social – peut être exercée, sur le marché du travail ordinaire, avec les limitations fonctionnelles constatées. Il est possible que, dans un contexte hospitalier ou sanitaire, impliquant la manipulation de fauteuils roulants et de matériel médical, l'exercice de cette profession, au taux de 40 %, soit trop pénible pour la recourante. C'est sans doute ce qu'il faut déduire des avis et précisions donnés à l'Office AI par M. P.\_\_\_\_\_. Cette personne n'a toutefois pas exclu que la recourante puisse exercer son activité dans un autre cadre. Quoiqu'il en soit, il ne peut pas être considéré comme un spécialiste des questions professionnelles et les constatations qu'il a faites en observant la recourante durant quelques jours ne sont pas déterminantes. Il n'y a donc pas lieu d'entendre M. P.\_\_\_\_\_ comme témoin dans le cadre de la présente procédure. f) La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable en l'espèce, vu le statut de la recourante, considérée comme partiellement active (ATF 125 V 146). La recourante ne conteste pas, pour le reste, les éléments pris en considération pour la détermination de son taux d'invalidité pour la « part active » de 80 % (par opposition à la « part ménagère » - cf. infra., consid. 3). Notamment, les revenus avec et sans invalidité (RI, RS) ne sont pas critiqués. Il faut donc considérer que le taux de 43.76 % est conforme au droit fédéral. 3. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité dans la part ménagère de l'activité globale de la recourante, celle-ci critique le fait que le taux d'empêchements est passé de 47 %, dans la première décision de l'Office AI, à 37 %. L'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage est réglée dans une directive de l'OFAS (CIIAI, ch. 3084 ss). Différentes rubriques sont prévues, qui tiennent compte de la gestion usuelle d'un ménage. C'est sur cette base que les deux rapports d'enquête ménagère ont été effectués. L'Office AI, ou l'enquêteur responsable, jouit nécessairement d'un certain pouvoir d'appréciation lorsqu'il fixe des pourcentages pour chaque activité (alimentation, entretien, lessive, etc.) et pour chaque empêchement. En l'occurrence, il ressort de la dernière écriture de l'Office AI que même en tenant compte du même taux d'empêchement que dans la première décision, de 2005 (47 %), le taux d'invalidité pour la part ménagère ne s'accroît pas de manière décisive, en ce sens qu'ajouté au taux d'invalidité pour la part active, il ne permet pas d'atteindre le seuil de 60 %, selon l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'octroi de trois quarts de rente au lieu d'une demi-rente (43.76 % + 9.4 % = 53.16 %). Cela étant, il n'y a pas de motifs de considérer que vu l'amélioration de l'état de santé de la recourante, l'évaluation à 37 % du taux d'empêchements ménagers, sur la base d'une enquête ménagère effectuée par une enquêtrice qui connaissait la situation antérieure, résulterait d'un mauvais usage, par l'Office AI, de son pouvoir d'appréciation. En définitive, les griefs concernant l'invalidité pour la « part ménagère » ne permettent pas de considérer que la reconnaissance du droit à une demi-rente, après révision, serait contraire au droit fédéral. 4. La recourante se plaint

encore de ce que « l'Office AI [se serait] permis de réduire la rente entière d'invalidité versée à [la recourante] dès le 1<sup>er</sup> avril 2010, alors même que la décision n'a été notifiée à cette dernière que le 3 mars 2010 ». Elle soutient que l'art. 88bis al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a été violé. Aux termes de cette disposition, la diminution de la rente prend effet « au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision » (let. a) ou « rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 » (let. b). Il est constant, en l'espèce, que l'hypothèse de l'art. 88bis al. 2 let. b RAI ne doit pas être retenue. Seule la lettre a de cette disposition est applicable. Comme la décision attaquée du 26 février 2010 a été notifiée en mars 2010, le deuxième mois qui suit cette notification est le mois de mai 2010. La diminution de la rente doit donc prendre effet le 1<sup>er</sup> mai 2010. Le recours est fondé dans cette mesure. Il doit être très partiellement admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens qu'elle prend effet non pas le 1<sup>er</sup> avril 2010, mais le 1<sup>er</sup> mai 2010. 5. Il résulte des considérants que le recours est en grande partie mal fondé. Il n'est admis que sur un point secondaire (cf. supra, consid. 4). La décision attaquée doit être réformée à propos de la date à laquelle elle prend effet; elle doit être confirmée pour le surplus. Dans ces circonstances, il se justifie néanmoins de renoncer à la perception de frais judiciaires. La recourante n'a droit qu'à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 26 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée dans ce sens que la date à laquelle elle prend effet est fixée au 1<sup>er</sup> mai 2010; la décision est confirmée pour le surplus. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Une indemnité réduite d'un montant de 500 fr. (cinq cents francs), à payer à S.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour S.\_\_\_\_\_), ■ 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.