

VD_GERICHTE ZD10.022433 vom 14. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.022433

FR: VD_GERICHTE ZD10.022433 du 14 juillet 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.022433 del 14 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

RAI). La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

- 22 -

E. 4

En l'espèce, il y a lieu d'examiner si les conditions étaient réunies pour que l'office intimé supprime avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée le droit à la demi-rente de la recourante, allouée à cette dernière par décisions des 24 juin et 26 septembre 2005. En premier lieu, on examinera si l'état de santé de l'assurée s'est notablement modifié par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente d'invalidité. a) Le 27 mars 1995, l'assurée a été victime d'un accident (déclaration d'accident du 30 mars 1995), occasionnant une fracture- tassement de C6 avec rupture de l'appareil ligamentaire postérieur de la colonne cervicale, une fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite avec luxation acromio-claviculaire et une contusion de la tête du 3ème métacarpien de la main gauche (rapport du 10 avril 1995 du service de chirurgie de l'Hôpital de Montreux). Dans un rapport du 6 mars 2003, le Dr H._____ a notamment relaté les antécédents de l'assurée, signalant de multiples opérations ORL (otites à répétition et ostéosclérose), puis a procédé à un examen neurochirurgical – considéré comme rassurant et ne montrant pas de déficit – et a proposé des examens complémentaires. Le 17 mars 2003, se référant à une IRM et angio-IRM cervicale le 13 mars 2003, le Dr H._____ n'a pas retenu de proposition thérapeutique particulière pour des chutes de type drop attack, suggérant un traitement conservateur pour des cervicalgies et des céphalées tensionnelles, puis a proposé notamment un traitement dans un centre d'antalgie. Dans un rapport du 18 mars 2003, le Dr T._____ a infirmé la présence d'une atteinte neurologique majeure associée aux séquelles de l'accident de 1995 ou à une autre pathologie du système nerveux central et périphérique. Le 29 août 2003, le Dr V._____ a fait état d'un résultat mitigé après des infiltrations facettaires, relevant que l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail de 25% à 50% de manière définitive, puis ajoutant que le volet somatique comportait un volet psychologique

- 23 - complexe. Le 17 septembre 2003, le Dr B._____ a posé le diagnostic de cervicocapulalgies chroniques sur instabilité segmentaire C4-C5 C6-C7 post-traumatique, étages adjacents. Le 13 octobre 2003, le Dr W._____ a retenu qu'il n'y avait aucune indication neurochirurgicale et proposé en particulier que l'assurée suive un traitement conservateur avec des anti- inflammatoires. Le 24 janvier 2004, le Dr W._____ a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques suite à un traumatisme cervical depuis 1995, fait

référence à un traitement depuis le 13 octobre 2003 et retenu que l'exercice d'une activité légère évitant le port de lourdes charges était exigible; concernant les limitations fonctionnelles, ce médecin a notamment indiqué que l'assurée ne pouvait pas travailler en hauteur ou sur une échelle et qu'elle présentait une capacité de travail de 80% depuis novembre 2003. Dans un rapport du 15 juin 2004, le Dr C._____ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif connu depuis au moins 2001 et de status post-fracture instable C5 et C6 suivi de fixation en 1995, puis a attesté de périodes d'incapacité de travail oscillant entre 100% et 40% du 15 janvier au 26 mai 2004. Il a signalé l'apparition de douleurs intermittentes entraînant de nombreux arrêts de travail et a relevé qu'aucune intervention chirurgicale n'avait été définitivement retenue malgré la persistance des douleurs, les traitements antalgiques et de physiothérapie étant les meilleurs arguments pour une évolution acceptable et supportable. Il a relevé qu'une situation psycho-sociale difficile et un métier sollicitant une bonne résistance psychique empêchaient une reprise du travail à temps complet, une rente à 50% étant "une bonne solution". Le 14 janvier 2005, le Dr B._____ a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies séquellaires chroniques, de syndrome cervical vertébral modéré sous listhésis stable C4-C5 et de status après fracture instable C5-C6 opérée par fixation C5-C6. Il a remis un rapport du 25 février 2004 du Dr W._____, attestant d'un examen neurologique normal

- 24 - avec un syndrome cervical vertébral modéré, puis retenant, au vu de l'aspect stationnaire de la symptomatologie et même d'une discrète amélioration, une augmentation du taux de travail de 50% à 70%. Le 11 mars 2005, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique. Dans son rapport du 18 mars 2005, la psychiatre du SMR a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité anankastique et narcissique, non décompensé, et de trouble de l'alimentation, probable anorexie mentale; elle a ensuite retenu sur le plan psychiatrique une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis au moins 2001. Dans un rapport d'examen du 30 mars 2005, le SMR a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble mixte de la personnalité anankastique et narcissique, non décompensé, puis une incapacité de travail de 50% dans toute activité, depuis le 25 août 2003. b) Dans le cadre de la procédure de révision, plusieurs rapports médicaux ont été versés au dossier. Le 9 mars 2005, le Dr N._____ a ainsi notamment posé les diagnostics d'otite moyenne chronique sécrétoire bilatérale depuis l'enfance, sur dysfonction tubaire majeure, de status après tympanoplastie de type I gauche et droite, et de status après dysphonie hyperfonctionnelle. La pose d'un drain transtympanique droit a été effectuée le 21 décembre 2004. Un audiogramme le 10 décembre 2004 a montré une surdité de transmission bilatérale et une perte auditive tonale de 40.4% à droite et de 16.6% à gauche. Ce médecin a relevé que l'assurée avait nécessité de multiples interventions otologiques des deux cotés avec une audition fluctuante, correspondant à une surdité de transmission de degré léger à modéré à gauche, modéré à droite. Moyennant la surveillance voire la pose de drain, il a relevé que l'audition de l'assurée ne constituait pour l'instant pas un handicap auditif suffisant pour diminuer la qualité de sa communication avec ses élèves. Le 18 mai 2008, le Dr C._____ a signalé une réactivation des cervicalgies en 2007, mais avec une évolution favorable, des cervicalgies

- 25 - résiduelles puis indiqué un risque d'invalidité majoré. Il s'est référé à son précédent rapport et a mentionné une baisse de la concentration et une surcharge psychique, la capacité de travail étant de 50%. Il s'est également prononcé sur les limitations

fonctionnelles, valables depuis 2004, avec notamment le port de charges limité à 10 kilos. Dans un rapport du 23 septembre 2009, ce praticien a retenu que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était identique par rapport à son rapport du 20 mai 2008, que la situation actuelle était inchangée et que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes qu'en 2008, la capacité de travail exigible de 50% et l'état de santé stationnaire. Dans un rapport du 8 juillet 2009, le Dr G._____ a posé les diagnostics d'otite sécrétoire droite avec perte auditive mixte grave droite, de surdité de perception de gravité moyenne gauche, de status après mise en place de drain transtympanique gauche et de status après multiples drains transtympaniques droits expulsés. Seule une nouvelle tentative de mise en place de drain paraissait susceptible d'améliorer la ventilation de l'oreille moyenne, ce médecin suggérant au Dr N._____ de retenter la mise en place d'un drain et de proposer à l'assurée la mise en place d'un appareillage à même de diminuer la fatigue chronique induite par le besoin de se concentrer. Dans des certificats médicaux du 5 février 2010, le Dr C._____ a attesté que le travail pouvait être repris à 53.5% dès le 5 février 2010, respectivement fait état d'un allègement d'horaire pour raisons médicales, avec suppression d'une classe pour l'allemand. Le 10 février 2010, ce praticien a posé les diagnostics de syndrome cervical chronique et de troubles de l'adaptation, sans attester d'arrêt de travail. La capacité de travail a été évaluée à 53.5%, le pronostic de reprise étant bon en cas de travail à 53.5% pour des raisons pratiques liées à la fonction. Il a mentionné un stress personnel majeur avec le décès récent du père de l'assurée. Il a suggéré que celle-ci travaille à 50% avec des heures bloquées, dans des classes sans problèmes majeurs et plutôt dans le cadre de demi-journées.

- 26 - Le 12 mars 2010, le Dr C._____ a indiqué que la situation avait été stable jusqu'à présent, en raison d'un taux de travail totalement adapté, et qu'il fallait octroyer à l'assurée une capacité de travail à 53,5%, suggérant une adaptation des horaires afin d'éviter une surcharge trop importante. Il a relevé que la situation s'était quelque peu décompensée avec le décès du père de l'assurée, précisant qu'il n'y avait pas lieu de craindre une aggravation durable si les mesures décrites ci-dessus étaient respectées. Dans un rapport du 19 mars 2010, le Dr X._____ a retenu un état de santé stationnaire et, notamment, les diagnostics de PTSD, de trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques et de déficit bilatéral de l'audition. Il a mentionné une nouvelle rechute dépressive avec anxiété généralisée en janvier 2010, quelques mois après le décès du père de l'assurée, relevant qu'elle devait dans ce contexte diminuer son temps de travail de 18 à 15 périodes par semaine. Il a ensuite retenu que la diminution du taux d'activité de trois périodes par semaine associée au traitement psychiatrique en cours semblait permettre une certaine stabilité, sous réserve de nouveaux moments critiques. Il a évalué l'incapacité de travail à environ 50% en tant qu'enseignante du secondaire, depuis le 15 février 2010. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué des troubles du sommeil, une fatigabilité, des troubles de l'humeur, une anxiété généralisée, en plus de douleurs somatiques. En date du 24 juin 2010, le Dr C._____ a expliqué que le taux d'enseignement de l'assurée était actuellement tout à fait compatible avec la poursuite de son activité dans des conditions optimales, qu'elle avait présenté une décompensation ayant nécessité une médication psychotrope plus importante suite au décès de son père et que la suppression de la rente pouvait décompenser rapidement la situation et déboucher sur des arrêts de travail complets et prolongés ainsi qu'une situation psychologique intenable. Il a ajouté que l'assurée présentait des troubles de l'audition chroniques non améliorables par des mesures médicales et nuisant à sa concentration dans un environnement souvent

- 27 - difficile et bruyant. Ce médecin a relevé l'importante pénibilité du travail de base et les efforts extraordinaires consentis par l'assurée pour maintenir son taux d'activité à 65%. Le 28 juin 2010, le Dr X._____ a indiqué que l'assurée suivait un traitement pour un trouble dépressif sévère récurrent, sans symptôme psychotique, depuis le 4 février 2010, qu'elle souffrait d'une fragilité psychique devenue manifeste depuis son accident de voiture en 1995 et qu'elle avait présenté, à plusieurs périodes de sa vie, des crises traitées en ambulatoire. D'un point de vue professionnel, il a relevé que la situation de sa patiente était actuellement stable avec une activité d'enseignante de 18 sur 28 périodes, que cet équilibre était fragile, que la remise en question par l'Al de la rente constituait une source d'angoisse pour l'assurée et compromettait potentiellement sa capacité de travail restante, ajoutant que cette situation ne tenait pas compte des efforts importants de l'intéressée pour maintenir le taux d'activité de 18 périodes sur 28 au mépris d'un investissement de la vie sociale. c) Sur le plan somatique, le Dr C._____ n'a pas signalé l'apparition de nouvelles affections ou d'aggravation significative de l'état de santé de sa patiente, hormis une réactivation des cervicalgies avec une évolution favorable, et a retenu une capacité de travail de 50% (rapport du 18 mai 2008), taux qu'il avait déjà retenu dans son rapport du 15 juin 2004. Il s'est ensuite référé à une capacité de travail de 53.5%, correspondant selon lui au taux d'enseignement de l'assurée (rapports des 10 février et 12 mars 2010). Concernant plus spécialement les troubles ORL, le Dr C._____ a mentionné que l'assurée présentait des troubles de l'audition chroniques non améliorables par des mesures médicales et nuisant à sa concentration dans un environnement souvent difficile et bruyant (rapport du 24 juin 2010), mais il n'a pas retenu que cette affection justifiait en soi de retenir une incapacité de travail. A ce sujet, le Dr N._____ a indiqué que, moyennant la surveillance voire la pose de drain, l'audition de l'assurée ne constituait pour l'instant pas un handicap auditif suffisant

- 28 - pour diminuer la qualité de sa communication avec ses élèves (rapport du

E. 9

mars 2005); le Dr G._____ a suggéré de retenter la mise en place d'un drain et de proposer à l'assurée un appareillage à même de diminuer la fatigue chronique induite par le besoin de se concentrer (rapport du 8 juillet 2009). Dès lors, les troubles d'audition de l'assurée n'engendrent pas d'incapacité de travail, les spécialistes dans ce domaine n'ayant proposé que des mesures thérapeutiques. Au demeurant, les troubles de l'audition ont déjà été signalés dans les rapports relatifs à la demande de rente – le Dr H._____ ayant relevé de multiples opérations ORL, otites à répétition et ostéosclérose (rapport du 6 mars 2003) et la Dresse D._____ ayant posé le diagnostic de tympanoplastie bilatérale en 1983 et 1986 (rapport du 17 janvier 1997) – de sorte qu'il ne s'agit pas d'une affection nouvelle. Les problèmes auditifs, présents de longue date chez l'assurée, ne l'ont du reste pas empêchée d'exercer son activité professionnelle. On retiendra donc que l'assurée ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente, d'aggravation de la santé du point de vue somatique. d) Du point de vue psychique, le Dr X._____ a constaté une situation professionnelle stable et une incapacité de travail d'environ 50% en tant qu'enseignante du secondaire, depuis le 15 février 2010 (rapport du 19 mars 2010). Il a ensuite relevé que la situation de sa patiente était actuellement stable du point de vue professionnel, avec une activité d'enseignante de 18 sur 28 périodes, tout en relevant que cet équilibre était fragile et que la remise en question par l'Al de la rente constituait une source d'angoisse pour l'assurée et compromettait potentiellement sa capacité de travail restante (rapport du 28 juin 2010). Le Dr X._____ n'a ainsi pas attesté de diminution

concrète de la capacité de travail de sa patiente; il n'a émis qu'une possibilité selon laquelle ses angoisses pouvaient altérer la capacité de travail. Son avis doit en outre, en tant qu'il émane du psychiatre traitant, être apprécié avec les réserves d'usage. Par ailleurs, si ce médecin a indiqué que sa patiente le consultait depuis le 4 février 2010 et a évoqué ses angoisses ainsi que ses efforts importants pour maintenir son taux d'activité, il n'a pas pour autant mis en évidence d'aggravation significative et durable de son état de santé par rapport aux

- 29 - circonstances prévalant lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité (rapport du 19 mars 2010). Quant au Dr C. _____, qui n'est pas psychiatre mais spécialiste en médecine interne, il a certes mentionné un stress personnel majeur avec le décès récent du père de l'assurée, ayant nécessité une médication psychotrope plus importante (rapports des 10 février, 12 mars et 24 juin 2010), mais il a relevé qu'il n'y avait pas lieu de craindre une aggravation durable en cas d'adaptation des horaires afin d'éviter une surcharge trop importante (rapport du 12 mars 2010). Si ce praticien a relevé que la "suppression de la rente pourrait décompenser rapidement la situation et déboucher sur des arrêts de travail complets et prolongés ainsi qu'une situation psychologique intenable" (rapport du 24 juin 2010), on relèvera que cette affirmation est une supposition. A cela s'ajoute que l'avis du Dr C. _____, en tant que médecin traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage. On retiendra donc que l'assurée ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente, d'aggravation de la santé du point de vue psychique. 5. Il reste à examiner si la suppression de la rente résulte d'un changement important de la capacité de gain de l'assurée, entre l'octroi de sa demi-rente d'invalidité et la décision attaquée. a) Dans un courrier du 27 avril 2005, le directeur général de l'enseignement obligatoire, se référant à l'avis du médecin cantonal, a indiqué que le contrat de travail de l'assurée était modifié avec effet au 1er mars 2005, le taux d'activité étant désormais de 64.2857%. Un contrat de travail du 25 juillet 2007 de durée indéterminée entre la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud et l'assurée se réfère à un taux d'occupation de 64.2857% (18 périodes sur 28) pour un salaire en 2007 de 66'990 fr. 16 (y compris le 13ème salaire). Antérieurement, son horaire de travail se montait à 28 périodes hebdomadaires (questionnaire pour l'employeur du 18 février 2004), soit à un taux d'activité de 100%.

- 30 - Cela étant, indépendamment de la fixation contractuelle de son taux d'enseignement, qui n'est qu'une donnée abstraite, il convient d'examiner concrètement si le taux d'activité de l'assurée, compte tenu notamment de ses absences pour cause de maladie, a connu une modification importante entre l'octroi de sa demi-rente et la décision attaquée. En effet, s'agissant de la détermination du revenu d'invalidité, le salaire effectivement réalisé doit être pris en compte pour autant, notamment, que le gain obtenu corresponde au travail effectivement fourni. b) Dans le cadre de la demande de rente, au questionnaire pour l'employeur rempli le 18 février 2004, le service du personnel de l'Etat de Vaud a joint une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accident, datée du 21 janvier 2004, indiquant un total de 518 jours d'absence pour cause de maladie entre le 2 avril 2001 et le 12 janvier 2004, pour des taux d'absence oscillant entre 100% et 46.4286%. Il résulte également de cette liste que l'assurée a été absente 135 jours pour un taux d'absence de 46.4286%, les 383 jours restant se rapportant à des taux d'absence de 50% à 100%. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr C. _____, a attesté plusieurs périodes d'incapacité de travail, entre 100% et 40% du 15 janvier au 26 mai 2004, puis a retenu une capacité de travail de 50% (rapport du 15 juin 2004). Le SMR a pour sa part retenu une incapacité de

travail de 50% dans toute activité, depuis le 25 août 2003 (rapport d'examen du 30 mars 2005). Les décisions du 24 juin et 26 septembre 2005 de l'OAI indiquent un degré d'invalidité de 50%. Dans le cadre de la procédure de révision, dans un questionnaire de révision de la rente rempli le 15 avril 2008, l'assurée a répondu qu'elle avait eu des absences de travail depuis l'octroi de sa demi-rente du 8 au 11 janvier 2007 en raison d'une gastrite, du 15 au 22 février 2007 en raison d'un accident de voiture et du 17 septembre au 5 octobre 2007 en raison d'une fracture du sacrum. Avec le questionnaire pour l'employeur rempli le 17 juin 2008, le service du personnel de l'Etat de Vaud a joint une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accidents, du 16 juin 2008, mentionnant 53 jours d'absence, pour un

- 31 - taux de 100%, entre le 23 mai 2005 et le 6 mai 2008, pour cause de maladie. Au nouveau questionnaire pour l'employeur, rempli le 28 octobre 2009, ledit service a joint une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accidents, datée du 22 octobre 2009, mentionnant 16 jours d'absence entre le 2 septembre 2008 et le 22 avril 2009 pour cause de maladie. Le 19 mai 2010, la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud a indiqué que, depuis janvier 2010, l'assurée avait été absente les 15 et 16 mars 2010 en raison de maladie et que son taux était de 18 périodes sur 28, soit 64.28%. Au sujet du taux d'enseignement, le Dr C._____ a relevé qu'il n'était pas question de modifier la situation actuelle et que l'emploi de l'assurée devait être maintenu à 18 périodes par semaine; il a par ailleurs signalé les efforts extraordinaires consentis par l'assurée pour maintenir la situation à un taux d'activité de 65% (courrier du 24 juin 2010). Le Dr X._____ a pour sa part relevé que, d'un point de vue professionnel, la situation de l'assurée était actuellement stable avec une activité d'enseignante de 18 périodes sur 28, en signalant les efforts importants de l'intéressée pour maintenir ce taux d'activité au mépris d'un investissement de la vie sociale (certificat médical du 28 juin 2010). c) Dès lors, contrairement à la situation qui prévalait lorsque l'OAI a rendu ses décisions initiales, il apparaît que la recourante est désormais en mesure de travailler 18 périodes sur 28 d'enseignement par semaine, ce qui correspond à un taux de 64.2857%. En effet, les renseignements économiques obtenus dans le cadre de la procédure de révision démontrent que les absences de l'assurée en raison de maladie (listes des absences des 16 juin 2008 et 22 octobre 2009, courrier du 19 mai 2010 de la direction générale de l'enseignement obligatoire) sont nettement moins importantes qu'elles ne l'étaient de 2001 à janvier 2004 (liste des absences du 21 janvier 2004). L'assurée a du reste précisé elle-même qu'elle avait eu des absences de travail depuis l'octroi de sa demi-rente du 8 au 11 janvier 2007 en raison d'une gastrite, du 15 au 22 février

- 32 - 2007 en raison d'un accident de voiture et du 17 septembre au 5 octobre 2007 en raison d'une fracture du sacrum (questionnaire de révision de la rente rempli le 15 avril 2008); de telles absences, modérées et qui ne résultent pas seulement de maladie, ne peuvent qu'indiquer que l'intéressée dispose des ressources nécessaires pour travailler au taux de 18 périodes sur 28. Les Drs C._____ (rapport du 24 juin 2010) et X._____ (certificat médical du 28 juin 2010) ont du reste indiqué que le taux d'activité de 18 périodes hebdomadaire était stable, respectivement qu'il devait être maintenu. Si ces médecins ont en même temps relevé un risque de décompensation de la situation avec des arrêts de travail et une situation psychologique intenable, respectivement une source d'angoisse compromettant potentiellement la capacité de travail restante, on rappellera que leur avis ne permet pas de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée, notamment

sur le plan psychique (consid. 4c et 4d ci-dessus), et qu'ils ont précisé que la capacité de travail de l'assurée n'était que partielle, ce qui correspond donc à son taux d'activité. Quant aux efforts, signalés par les Drs C._____ et X._____ (rapports précités), consentis par l'assurée pour maintenir son taux d'activité à 65%, on relèvera qu'il appartient à cette dernière, sous l'angle de son obligation de diminuer le dommage, d'entreprendre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1 et les références citées). Il en va de même des remarques de la recourante selon lesquelles elle laisserait de côté sa vie sociale, sportive et sentimentale afin de se consacrer à son travail, ce d'autant plus qu'un taux de travail de 65% est supposé lui laisser suffisamment de temps libre. Quand bien même la recourante souffre, comme elle l'allègue, d'une fragilité psychique significative, il ne faut pas oublier qu'elle est suivie par le Dr X._____, psychiatre traitant, qu'elle bénéficie d'un

- 33 - traitement médicamenteux et qu'elle travaille à temps partiel, de sorte qu'il est suffisamment tenu compte de son état de santé. En outre, il n'est pas déterminant que ses médecins traitants, notamment le Dr X._____ (rapport du 19 mars 2010), aient préconisé une diminution du temps de travail de 18 à 15 périodes par semaine ou encore que le médecin cantonal se soit prononcé en faveur d'une cessation d'activité partielle définitive pour cause d'invalidité (courrier du 27 avril 2005 du directeur général de l'enseignement obligatoire), dès lors que seule la situation concrète est déterminante et qu'en l'occurrence le taux d'activité de 18 périodes sur 28 correspond aux capacités de l'assurée. Enfin, lorsque la recourante fait valoir que l'OAI, lors de l'octroi initial de la demi-rente, avait estimé qu'elle travaillait au-dessus de ses forces et qu'une partie de son salaire, soit 15%, correspondait à une part de salaire social, on ne voit pas en quoi cela sert ses intérêts. Au contraire, ainsi qu'on le verra plus en détail ci-dessous (consid. 5d) on ne peut qu'en déduire qu'il y a eu, depuis l'octroi de la demi-rente, une amélioration de la situation de l'assurée, étant donné qu'elle parvient à assumer un taux de 18 périodes sur 28 sans absences significatives, de sorte qu'il n'y a plus lieu, dans le cadre de la révision du droit à la rente, de déduire une part de salaire social lors de la détermination de son revenu d'invalidité. En outre, l'avis du SMR du 30 mars 2005 était trop pessimiste quant à la possibilité pour l'assurée d'exercer sa profession à un taux supérieur à 50% et le psychiatre traitant – qui admet un état stable, sans aggravation – se prononce en réalité à propos des circonstances concrètes au moment où il est intervenu, soit lorsque sa patiente travaillait déjà à raison de 18 périodes hebdomadaires. La décision attaquée n'est donc pas critiquable en tant qu'elle retient que l'assurée met en valeur un taux d'activité de 65% sans absences significatives. d) S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, on se basera sur l'activité concrète de l'assurée, correspondant à 18 périodes d'enseignement sur 28 ou à un taux de 64.2857% (arrondi selon l'OAI à

- 34 - 65%). Une telle activité, à ce taux, repose sur des rapports de travail stables et met en valeur la capacité de travail résiduelle exigible de l'assurée; au vu des absences en raison de maladie – peu importantes de 2005 à 2010 – le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social. Les revenus avec et sans invalidité mentionnés par l'OAI ne sont pas contestés par la recourante et peuvent être retenus. Au vu du dossier et notamment des réponses de l'assurée au formulaire 531bis de l'OAI du 10 mars 2009, il est hautement vraisemblable que cette dernière aurait continué son activité d'enseignante pour l'Etat de Vaud à raison de 28 périodes hebdomadaire, soit à

100%, sans atteinte à la santé. Dans son courrier du 25 janvier 2010, la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud a fait état d'un nouveau décompte pour 2009, le salaire annuel en 2009 (13ème salaire y compris) étant de 73'385 fr. 71 au taux d'activité de 64.2857%, plus un rattrapage DECFO de 234 fr. 34 (soit 73'620 fr. 05) et de 114'155 fr. 57 au taux d'activité de 100%, plus un rattrapage DECFO de 382 fr. (soit 114'537 fr. 57). Sur cette base, dans la décision attaquée, l'OAI a donc correctement pris en compte un revenu sans invalidité de 114'538 fr. (pour un plein temps) et un revenu d'invalidité de 73'620 fr. (pour un taux effectif de 64.2857%). Le degré d'invalidité, s'élevant à 35.72%, est donc inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à l'octroi d'un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la capacité de gain de l'assurée a été modifiée, en ce sens qu'elle est désormais capable de travailler sans absences prolongées à raison de 65%, et qu'il a supprimé le droit à la demi-rente d'invalidité de la recourante avec effet au deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI. e) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de la recourante tendant à son audition et à celle de sa mère en qualité de témoins. En effet, de par le principe de

- 35 - l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). f) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de cette décision. 6. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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