

# **VD\_GERICHTE ZD20.039030 vom 7. Juli 2021**

VD Tribunal cantonal, 2021-07-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD20.039030](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.039030)

FR: VD\_GERICHTE ZD20.039030 du 7 juillet 2021

IT: VD\_GERICHTE ZD20.039030 del 7 luglio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur la réduction, par voie de révision, du trois-quarts de rente de la recourante à une demi-rente, dès le 1er décembre 2020. Se pose singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration conduisant à une modification notable de son taux d'invalidité permettant une révision des prestations accordées jusque-là.

### **E. 3**

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

- 14 - exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et

4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi

- 15 - lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88 bis al. 2 let. a RAI).

#### **E. 4**

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

- 16 - exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en

procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance ou des experts (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 17 -

## **E. 5**

Dans le cas d'espèce, l'OAI considère que l'état de santé de l'assurée a connu une amélioration durable dès avril 2016, qui lui permet d'augmenter son taux de travail de 40% à 50% dans le cadre d'une activité adaptée, de sorte que sa rente d'invalidité doit être révisée et réduite à une demi-rente. De son côté, la recourante conteste toute amélioration, arguant du fait que son état de santé s'est au contraire péjoré depuis l'expertise diligentée en 2018, tant sur le plan psychique que physique, en raison notamment d'une atteinte à l'annulaire gauche entravant la mobilité de sa main. Elle conteste également les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI ainsi que le calcul de son préjudice économique. Afin de trancher la question litigieuse, il convient tout d'abord d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré entre la précédente décision au fond, rendue le 15 janvier 2015, et la décision litigieuse du 20 septembre 2020, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité dans l'exercice d'une activité adaptée. a) A l'issue du précédent examen matériel du droit à la rente, le 15 janvier 2015, il a été retenu que l'assurée souffrait de troubles neuropsychologiques séquellaires sur traumatisme crânio-cérébral sévère liés à sa chute à snowboard en janvier 2010. Se fondant sur l'appréciation de la Prof. J. \_\_\_\_\_, le SMR a reconnu une atteinte continue à la capacité de travail dès l'accident, à divers taux selon les périodes, et en particulier à 40% dès le 5 août 2013. Au titre des limitations fonctionnelles, il a été constaté que l'assurée souffrait d'une fatigabilité accrue, de fluctuations attentionnelles, de difficultés de gestion de l'interférence ainsi que de troubles de l'attention et de la concentration. L'OAI lui a alloué une rente d'invalidité dès le 1er mars 2011, en se fondant sur les taux successifs de ses incapacités de travail, en dernier lieu trois-quarts de rente dès le 1er décembre 2013.

- 18 - b) Au cours de la procédure de révision, l'intimé a mis œuvre une expertise bi-disciplinaire, neurologique et psychiatrique, dont les conclusions ont été communiquées le 14 juin 2018. aa) Au plan neurologique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status après traumatisme crânio-cérébral qualifié de sévère mais sans évidence d'atteinte structurelle documentée aux différents bilans neuroradiologiques et de syndrome post-commotionnel au décours, avec des plaintes modérées de type post-traumatique et un léger fléchissement attentionnel (fatigabilité, concentration) au bilan neuropsychologique de juin 2017. L'expert neurologue a relevé que le bilan précité avait révélé une régression des difficultés constatées préalablement en mémoire de travail, dans le cadre d'un examen se situant dans les normes, la situation lui apparaissant comme s'étant significativement améliorée depuis la décision d'octroi de rente du 15 janvier 2015. Malgré une amélioration globale de la situation, persistaient encore une intolérance au bruit, une irritabilité, des troubles de la concentration, une fatigue et une fatigabilité, des difficultés aux multitâches, des difficultés à gérer le stress et des difficultés d'organisation. Par contre, les troubles de l'équilibre avaient disparu, de même que, quasiment, les céphalées. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au plan strictement neurologique et neuropsychologique, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 100%. Il a toutefois admis que les quelques discrètes difficultés neuropsychologiques persistantes et surtout les problèmes psychologiques empêchaient l'intéressée de reprendre son activité préalable, de sorte qu'il était souhaitable d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité plus adaptée, ne demandant pas un apprentissage majeur, plutôt variée, se déroulant dans un environnement calme et peu bruyant, sans stress important et sans multitâches. Dans une telle activité adaptée, toujours au plan strictement neurologique et neuropsychologique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail de l'assurée pouvait atteindre progressivement 80% voire 100%, après une reprise initiale à 50%, l'amélioration devant toutefois être vérifiée en situation. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a encore précisé qu'il n'avait constaté aucune incohérence

- 19 - dans les déclarations de l'assurée mais a relevé qu'il apparaissait clairement des facteurs psychologiques indépendants des seules conséquences somatiques de l'événement accidentel jouant un rôle dans l'évolution défavorable du cas. Au plan psychiatrique, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'autre trouble anxieux mixte (F41.3), associant une symptomatologie d'anxiété généralisée, de compulsions de vérification, d'angoisse dans des endroits bondés et une plus grande vigilance au volant. Il a attesté une incapacité de travail de 50% depuis avril 2016, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, estimant que le traitement antidépresseur à visée anxiolytique prescrit par la Dre T. \_\_\_\_\_ était exigible et permettrait à l'assurée de recouvrer une capacité de travail entière dans un délai de trois mois dès le début du traitement. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a en particulier mis en avant des difficultés liées aux tâches administratives et une hypersensibilité au stress. Il a expliqué que la symptomatologie à prédominance anxieuse ne rentrait plus strictement dans le cadre de troubles de l'adaptation, dans la mesure où elle dépassait la durée de six mois. Il a également exclu les diagnostics différentiels de la lignée dépressive, en faisant valoir que l'assurée ne se sentait pas déprimée, qu'elle éprouvait du plaisir et de l'intérêt à faire un certain nombre de choses (s'occuper de son fils, voyager, se promener), qu'elle avait envie de voir du monde, qu'elle ne se sentait pas fatiguée, ne présentait pas de difficultés à l'endormissement et ne se réveillait pas pendant la nuit, que si elle présentait certes une estime et une confiance en elle-même abaissées, attribuables au conflit l'opposant à son ex- conjoint, elle était néanmoins satisfaite de sa vie et heureuse

d'être maman ; elle parvenait également à se concentrer lorsqu'elle se trouvait au calme et était plutôt optimiste pour l'avenir. De même l'expert psychiatre a-t-il écarté tout symptôme de la lignée hypomaniaque, maniaque et psychotique. Au plan psychomoteur, il n'a constaté ni hyperactivité, ni agitation motrice, ni agitation sans but. L'assurée ne présentait pas de ralentissement psychomoteur ni de perturbation qualitative de la psychomotricité. Ses fonctions cognitives et son langage étaient dans la norme : l'assurée était vigilante, elle n'avait pas montré de

- 20 - déficit attentionnel durant l'entretien d'expertise de plus de deux heures ; elle était orientée aux quatre modes, sans trouble de la mémoire à court ni à long terme ; son raisonnement et son jugement étaient sans particularité. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a encore observé que l'assurée ne s'était pas montrée démonstrative et qu'elle n'avait pas majoré ses symptômes psychiques, la description de ses activités quotidiennes étant congruente à ses plaintes. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics posés dans leur évaluation individuelle, tels que mentionnés ci-dessus. Ils ont fixé la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, à 50% depuis 2016, avec un potentiel d'amélioration à un 100% dans un délai de trois mois suivant l'introduction d'un traitement antidépresseur, cette limitation découlant de l'atteinte retenue au plan psychique, alors qu'au plan strictement neurologique et neuropsychologique, l'exigibilité s'élevait à 80% au moins. Les experts M. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ se sont prononcés en pleine connaissance du dossier après avoir établi une anamnèse détaillée et rassemblé les rapports des médecins consultés par la recourante. Ils ont pris en considération les plaintes de l'assurée avant de procéder à un examen clinique complet. Leurs conclusions sont motivées et cohérentes. Ils ont également pleinement satisfait aux exigences jurisprudentielles relatives aux expertises menées dans le cadre de troubles psychosomatiques ou psychiatriques, en procédant à une analyse systématique des différents indicateurs déterminants. Ils ont ainsi apprécié la gravité des troubles présentés, la cohérence et la plausibilité des symptômes et des plaintes de l'assurée ainsi que ses ressources, qu'ils ont jugées préservées. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé à cet égard que l'assurée possédait des aptitudes préservées en matière de communication, d'adaptation et de flexibilité, de prise de décision et de jugement. L'expert a également fait état de capacités relationnelles préservées, l'assurée ayant de bons contacts avec son réseau amical qui se montrait soutenant. Il a en outre constaté qu'elle était autonome dans ses activités quotidiennes, que ce soit dans ses déplacements, dans la

- 21 - gestion de son ménage et finalement même dans la gestion de son administration, malgré les difficultés d'organisation constatées dans ce domaine. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a également pris soin d'exclure les diagnostics différentiels des lignées dépressive, hypomaniaque, maniaque et psychotique, de même que ceux relevant de troubles de l'adaptation, écartant ainsi de façon motivée les diagnostics retenus par la Dre T. \_\_\_\_\_. Satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels en la matière, les conclusions de l'expertise peuvent donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. c) Les rapports des médecins traitants versés au dossier ne contiennent aucun élément de nature à remettre sérieusement en question les conclusions des experts. aa) Au plan neurologique et neuropsychologique, la Prof. J. \_\_\_\_\_ a certes attesté le 5 septembre 2017 une exigibilité de 20 à 40% dans l'activité d'enseignante, et de 30 à 40% dans une activité adaptée. Elle attribue cependant cette baisse de la capacité de travail à la fatigue et l'épuisement liés au fléchissement attentionnel constatés lors de l'évaluation neuropsychologique du 27 juin 2017, qui a

pourtant abouti au constat d'un examen dans la norme, en présence d'un fléchissement attentionnel qualifié de léger. Il ressort d'ailleurs du rapport d'expertise neurologique que le Dr M. \_\_\_\_\_ a pris en compte les constatations de la Prof. J. \_\_\_\_\_, qu'il a dûment intégrées dans son examen de l'exigibilité, faisant siennes les quelques limitations résiduelles signalées par la neurologue. La Prof. J. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément qui aurait été ignoré par les experts et qui serait susceptible de remettre sérieusement en cause leur appréciation dans le sens d'une exigibilité de 50% dans une activité adaptée. bb) Au plan psychiatrique, l'avis de la Dre T. \_\_\_\_\_ ne permet pas non plus de s'écarter des conclusions des experts. C'est de manière convaincante que la psychiatre traitante signale une aggravation depuis la dernière évaluation de l'invalidité, puisqu'en janvier 2015, aucun diagnostic d'ordre psychiatrique n'avait été retenu dans les critères pris en

- 22 - compte pour l'octroi de la rente. Il n'est donc pas contesté que l'état de santé de l'assurée a connu une aggravation sur ce plan. En revanche, les différents rapports et certificats émis par la Dre T. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de contredire de manière convaincante l'exigibilité de 50% formulée par les experts dans le cadre d'une activité adaptée. En effet, la psychiatre traitante se prononce sur la capacité de travail de sa patiente dans son activité habituelle d'enseignante. Or, l'activité d'enseignante a été considérée comme non adaptée à son état de santé, de sorte que ce point n'est pas litigieux. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, la Dre T. \_\_\_\_\_ ne l'exclut pas, puisqu'elle a elle aussi préconisé une réadaptation professionnelle. Elle a précisé à cet égard que sa patiente avait besoin d'un travail de bureau, à horaires fixes, sans stress, dans un environnement calme vu ses problèmes de concentration (cf. rapport du 18 mai 2017). Le 20 décembre 2017, elle a indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle perdurait à 100% et a estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être évaluée par le biais d'une réadaptation. Elle a précisé que l'assurée était désireuse de retrouver une activité lucrative à temps partiel, ce qui lui semblait souhaitable et réalisable moyennant le respect de ses limitations fonctionnelles, qui empêchaient l'exercice de l'activité habituelle. Ainsi, à aucun moment la Dre T. \_\_\_\_\_ ne fait état d'éléments cliniques concrets et étayés qui permettraient de mettre en doute la conclusion des experts dans le sens d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Son rapport du 14 août 2020 et son certificat du 2 octobre 2020 produits en procédure de recours ne permettent pas d'aboutir à une solution différente, puisqu'ils ne contiennent aucune motivation qui tendrait à établir une incapacité totale de travail dans toute activité, y compris dans les activités respectant les limitations fonctionnelles. La psychiatre traitante n'y explique pas en quoi l'exercice d'une activité adaptée, qu'elle jugeait souhaitable et réalisable en décembre 2017, ne le serait désormais plus. La seule évocation d'une aggravation en décembre 2019 (cf. rapport du 14 août 2020), sans aucune motivation, ne suffit pas à rendre plausible une telle péjoration. Le fait qu'elle a modifié les diagnostics retenus n'est

- 23 - pas significatif, puisque ce n'est pas le type d'atteinte à la santé qui est déterminant lors de l'évaluation de l'invalidité, mais bien les effets sur la capacité de travail et de gains. Dès lors que la Dre T. \_\_\_\_\_ indique que les limitations fonctionnelles sont restées les mêmes, on ne voit pas que la capacité de travail se trouve affectée différemment. cc) On ne saurait en outre suivre la recourante lorsqu'elle allègue une aggravation de son état de santé en raison d'une atteinte à son annulaire gauche. Par un bref certificat du 5 octobre 2020, le Dr P. \_\_\_\_\_ atteste que sa patiente présente depuis de nombreuses années une limitation fonctionnelle de sa main gauche, en raison de complications survenues lors d'une opération

de l'annulaire gauche. Il s'agit vraisemblablement de la même atteinte que celle évoquée par l'assurée dans l'anamnèse établie par le Dr M. \_\_\_\_\_, dont il ressort qu'elle a été victime d'un petit accident du 4ème rayon de la main gauche en 2015 qui avait nécessité deux opérations en raison d'une infection et avait laissé subsister une petite déformation résiduelle. Il ne ressort toutefois pas du rapport d'expertise, ni du reste du dossier de l'OAI, que l'assurée aurait émis une quelconque plainte à ce propos. Il ressort au contraire d'un procès-verbal d'un entretien téléphonique du 4 juin 2019 au dossier de l'OAI que l'assurée a évoqué cet accident et indiqué que son annulaire gauche était depuis complètement inutilisable, qu'elle allait subir de ce fait une nouvelle opération mais que cela ne l'empêchait pas de travailler. Les éléments au dossier ne permettent en définitive pas de reconnaître l'existence d'une aggravation au niveau de la mobilité de la main gauche de l'assurée, au demeurant droitière, qui engendrerait une incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles et qui serait de nature à réduire l'exigibilité dans une activité adaptée dans une plus large mesure que les 50% d'ores et déjà reconnus. Aucune péjoration n'étant attestée, il n'y a pas lieu d'instruire plus avant sur ce point. dd) La recourante conteste enfin les limitations fonctionnelles retenues par les experts, estimant qu'il serait contradictoire de préconiser une activité variée tout en considérant non-adaptées les activités multitâches. Ce grief ne saurait être retenu : on ne voit en effet pas en

- 24 - quoi une activité qui n'implique pas la gestion simultanée de plusieurs tâches ne pourrait pas présenter une certaine variété. Quoi qu'il en soit, les activités citées à titre d'exemple par l'intimé semblent conformes aux limitations fonctionnelles retenues et la recourante, qui a d'ailleurs elle-même envisagé ce type d'activités, ne dit pas en quoi elles ne le seraient pas. Elle ne soutient pas non plus, au demeurant à juste titre, qu'il n'existerait pas suffisamment d'activités correspondant à ses limitations fonctionnelles. On rappellera à cet égard que l'OAI a renoncé à considérer comme exigible le traitement antidépresseur préconisé par l'expert psychiatre, qui aurait potentiellement permis d'augmenter la capacité de travail résiduelle de travail de 50% à 80%. d) En définitive, l'appréciation des experts est convaincante et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en question.

## **E. 6**

Il reste encore à évaluer le préjudice économique subi par l'assurée au moment de la décision litigieuse, compte tenu de la capacité résiduelle de travail de 50% qui lui est désormais reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée. a) Aux termes de 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). aa) Le revenu sans invalidité se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance

- 25 - éventuelle du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou,

à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Dans le cas d'espèce, l'intimé a fixé le revenu sans invalidité à 99'131 fr. pour un taux d'activité de 100%, en prenant pour référence le salaire réalisé par la recourante en 2011, qu'il a indexé à 2018 par le biais des indices des prix à la consommation (2604 pts pour 2011 et 2732 pts pour 2018 [base 1939 = 100]), avant de procéder à une indexation de 0,5% pour 2019, puis de 0,5% pour 2020. Ce procédé ne convainc pas. D'une part, le taux d'indexation applicable aux femmes est de 1% en 2019 et de 0,9% en 2020, et non de 0,5% comme retenu par l'intimé (Office fédéral de la statistique, T 39 Evolution des salaires nominaux des femmes, 2010-2020). D'autre part, c'est à tort que l'OAI a procédé à l'indexation du salaire perçu par la recourante en 2011, alors qu'elle a poursuivi ultérieurement son activité habituelle. Le dossier contient un salaire effectif plus récent, attesté par le Service du personnel de l'Etat de Vaud pour l'année 2017, à hauteur de 102'048 fr. pour un plein temps. Dès lors qu'il convient d'établir le salaire sans invalidité de la manière la plus concrète possible, il y a lieu de se fonder sur le salaire effectif réalisé en 2017, plutôt que celui de 2011. Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux des femmes jusqu'en 2020 (+ 0,5 % en 2018, + 1 % en 2019 et + 0,9 % en 2020 [Office fédéral de la statistique, T 39 Evolution des salaires nominaux des femmes, 2010-2020]), le revenu sans invalidité se serait donc élevé à 104'516 fr. 08 au moment de la comparaison des revenus. On remarquera d'ailleurs à cet égard qu'à teneur de sa fiche d'examen du 3 juin 2014, l'OAI avait retenu un revenu sans invalidité de 101'872 fr. 90, dépassant déjà à l'époque le revenu correspondant arrêté par la décision litigieuse rendue en 2020. bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle

- 26 - concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS (tableau TA1\_skill- level) correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). En l'occurrence, l'OAI a pris en compte le salaire arrêté par l'ESS 2016 pour les femmes dans la branche de l'enseignement au niveau de compétence 3, soit 6'499 fr., qu'il a ensuite indexé à 2020, et adapté à l'horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures, pour aboutir au montant déterminant de 42'238 fr. 71. Le tribunal ne saurait se rallier à ce calcul. Hormis le fait que, comme s'agissant du revenu sans invalidité, les taux d'indexation appliqués sont erronés, il n'y a pas lieu de prendre en compte le salaire relatif à une activité spécifique, a fortiori pas celle de l'enseignement, qui a été considéré comme non adapté à l'état de santé et les limitations fonctionnelles de la recourante. L'assurée est renvoyée à l'exercice d'une activité parmi toutes celles susceptibles d'être adaptées à ses limitations fonctionnelles et qui ne sauraient être réduites à la branche de l'enseignement, et qui, pour

certaines en tout cas, ne donneraient pas accès à un salaire comparable à ceux prévalant dans l'enseignement. Les activités énumérées dans la décision litigieuse ne sont citées qu'à titre

- 27 - d'exemple et ne permettent en aucun cas d'attribuer à la recourante un salaire d'invalidé applicable dans l'enseignement. Certaines de ces activités, telles que traductrice ou relectrice d'articles de presse, sortent d'ailleurs manifestement de cette branche, et d'autres, telles que bibliothécaire ou documentaliste, exercées en milieu scolaire ou non, ne peuvent pas être considérées comme de l'enseignement. Si l'on peut admettre que l'intéressée ne se destine pas à une activité de production, selon la catégorisation de l'ESS, et qu'on renonce ainsi à prendre en compte le salaire de référence moyen des branches de production et de services confondues (6'229 fr. [ESS 2018 femmes niveau de compétence 3]), il convient de prendre en compte le salaire de référence moyen du secteur des services, pour un montant de 6'249 francs. Après adaptation à l'horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures en 2020 et indexation à 2020 (+ 1% en 2019 et + 0.9% en 2020), le salaire avec invalidité déterminant s'élève à 39'833 fr. 68 pour un taux d'activité de 50%. cc) La recourante requiert un abattement de 5% sur son revenu d'invalidé, afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de ses années de services. L'assuré peut en effet, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Dans le cas d'espèce, force est toutefois de constater que, prise dans son ensemble, la situation personnelle de l'assurée ne présente pas de circonstances particulières dont on peut reconnaître qu'elles nuiront à ses perspectives salariales. Agée de 44 ans, de nationalité suisse, au bénéfice d'une formation supérieure et d'une solide expérience dans l'enseignement, il n'existe aucun élément permettant d'admettre qu'elle ne pourra pas prétendre au même salaire que les autres candidats

- 28 - aux postes qu'elle convoitera. L'assurée n'explique pas en quoi ses années de service induiraient un désavantage salarial dans son cas particulier. Au contraire, ses années d'enseignement pourront être valorisées sur le marché de l'emploi, même dans d'autres secteurs d'activité, notamment grâce à sa maîtrise des langues. Son taux d'activité partiel ne saurait non plus justifier un abattement, puisqu'aucun élément au dossier ne permet d'admettre qu'elle percevra de ce fait un revenu proportionnellement moins élevé que si elle travaillait à plein temps, le travail à temps partiel étant au demeurant répandu dans les domaines d'activités dans lesquels elle est susceptible de postuler (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 9C\_373/2019 du 18 juillet 2019 consid. 5.2, et les références citées). Enfin, c'est à juste titre que l'intimé soutient que les limitations fonctionnelles, d'ordre psychique, ont été prises en compte et ont conduit à la réduction de l'exigibilité à un taux d'activité de 50%. Faire de ces mêmes restrictions également un motif d'abattement reviendrait à les prendre en compte doublement et à réduire de manière inappropriée le revenu d'invalidé. Il n'existe en définitive aucune circonstance qui ferait apparaître une autre appréciation plus appropriée que celle retenue par l'intimé, de sorte que le revenu d'invalidé de la recourante doit être calculé sans abattement lié à sa situation personnelle (sur le pouvoir d'appréciation du juge des assurances sociales, cf. ATF 126 V 75 consid. 6 ; TF 8C\_103/2018 et 8C\_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.3). b) La comparaison des revenus avec et sans

invalidité tels que définis ci-dessus aboutit à un préjudice économique de 64'682 fr. 40 (104'516 fr. 08 - 39'833 fr. 68), correspondant à une invalidité de 61,89 % ( $[(64'682 \text{ fr. } 40 : 104'516 \text{ fr. } 08] \times 100$ ). Vu le degré d'invalidité de 61,89% ouvrant le droit à trois-quarts de rente d'invalidité, force est de constater que le taux d'invalidité de la recourante n'a pas présenté de modification notable susceptible de constituer un motif de révision de sa rente. Si son état de santé a certes connu une modification sensible, tel n'est toutefois pas le cas de ses conséquences sur sa capacité de gain, qui reste la même, ce qui s'explique par le fait que la recourante se trouve contrainte d'abandonner son activité habituelle d'enseignante, mieux rémunérée que les activités adaptées à son état de santé au plan statistique. En l'absence

- 29 - de motif de révision, l'OAI doit poursuivre le versement de trois-quarts de rente d'invalidité au-delà du 30 octobre 2020.

#### **E. 7**

a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision entreprise est annulée, l'intimé devant poursuivre le versement de trois-quarts de rente d'invalidité. b) La procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé, qui n'obtient pas gain de cause. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

- 30 -