

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Gasser et Monod, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Albinen (VS), recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 3 let. b et 17 al. 1 LAI; 17 al. 1 et 21 al. 4 LPGA

E n f a i t :

A. X._____, née en 1947, a déposé une demande de rente le 20 novembre 1995 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle indiquait que titulaire d'un CFC de vendeuse en chaussures en 1965, puis d'un CFC d'employée de commerce en 1978, elle avait exercé l'activité d'aide-comptable chez [...] du 1^{er} avril 1987 au 30 juin 1995. Selon le questionnaire pour l'employeur rempli le 15 avril 1996, son salaire s'était élevé en 1994 et 1995 à 4'800 fr. par mois, payable treize fois l'an. Elle mentionnait aussi qu'elle exerçait, depuis le 1^{er} septembre 1995, la profession d'écrivain public en qualité d'indépendante.

Aux termes du rapport établi le 28 juillet 1995 par les Drs A._____ et B._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au [...] (ci-après : DUPA), l'assurée a séjourné à l'hôpital C._____ du 5 au 21 juillet 1995 pour persistance d'un risque auto-agressif après tentamen médicamenteux. Ces médecins ont posé les diagnostics suivants :

- « • Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2)
- Intoxication volontaire par des hypnotiques (X61)
- Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25)
- Broncho-pneumopathie obstructive chronique sur tabagisme
- Coronaropathie
- Diabète ».

En janvier 1996, la Dresse D._____, du Centre médico-social [...], a mentionné que l'état de santé de l'intéressée allait en s'aggravant. Elle a diagnostiqué ce qui suit :

- « • Diabète II
- Stéatose hépatique sur OH chronique modéré
- Syndrome broncho-obstructif parfois intense avec PO2 N sur tabagisme chronique

- Ischémie myocardique silencieuse, puis angine de poitrine. Actuellement sous investigation coronarienne
- Kystes laryngés
- Episode dépressif sévère avec épisode auto-agressif (tentamen) ».

Elle estimait l'incapacité de travail à 100 % du 28 août au 12 septembre 1994, à 50 % du 31 octobre au 21 novembre 1994 et à 100 % du 5 juillet au 1^{er} septembre 1995. Dans un certificat médical du 3 avril 1996, elle ajoutait une incapacité de travail à 50 % du 21 novembre 1994 au 1^{er} janvier 1995, à 100 % du 8 au 20 mars 1995, à 100 % du 13 novembre 1995 au 31 mars 1996 et à 50 % depuis le 1^{er} avril 1996.

Dans un rapport du 24 février 1997, le Dr E._____, généraliste, a retenu les diagnostics suivants :

- « • Etat anxio-dépressif de sévérité moyenne : des troubles de la personnalité
- Status après tentamen médicamenteux en 1995
- Consommation excessive d'OH, utilisation continue
- Diabète non insulino-requérant
- BCPO sur tabagisme
- Cardiomyopathie d'étiologie X
- Hyperlipidémie ».

Il estimait l'incapacité de travail à 50 % du 1^{er} au 29 avril 1996, 100 % du 30 avril au 15 mai 1996, 50 % du 15 au 28 mai 1996 et 100 % depuis le 1^{er} juin 1996.

Par décision du 16 février 1998, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière fondée sur un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} juillet 1996.

B. Dans le cadre d'une première révision du droit à la rente en janvier 2000, le Dr E._____, a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travailler et a diagnostiqué ce qui suit :

- « • Trouble dépressif récurrent

- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente
- Diabète non insulino-requérant
- BCPO sur tabagisme
- Cardiomyopathie d'étiologie X ».

Par communication du 16 août 2000, l'OAI a maintenu le droit à une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100 pour-cent.

C. Le 24 novembre 2004, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait travaillé à plein temps de septembre 2001 à août 2002 et que son employeur s'était séparé d'elle en constatant que les charges du poste occupé étaient trop lourdes pour elle. Sur demande de l'OAI, l'assurée a rempli le questionnaire pour la révision de la rente le 29 décembre 2004.

Selon le questionnaire pour l'employeur établi le 1^{er} mars 2005, l'assurée a travaillé du 24 juillet 2000 au 31 août 2002 en qualité de gérante chez [...] pour un salaire de 44'700 fr. 50 de janvier à décembre 2001 et de 39'107 fr. 45 de janvier à août 2002. L'employeur a indiqué qu'elle avait été en incapacité de travailler à 100 % les 29 août 2001, 23 janvier 2002 et 26 juillet 2002 et à 50 % du 27 mai au 14 juin 2002.

Dans un rapport du 4 février 2005, le Dr F._____, généraliste FMH, a mentionné que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et maintenu l'incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} juin 1996. Il indiquait notamment que depuis que l'assurée s'était remariée en 2002, il avait noté une nette amélioration de son état dépressif avec disparition des problèmes liés à la dépression. Il a estimé qu'elle pouvait travailler par exemple comme employée de bureau ou dans ses anciennes activités d'écrivain public, aide-comptable et vendeuse, à 30 % au plus tôt à partir du 1^{er} juillet 2005.

Une minéralométrie a été effectuée à la Clinique [...] par le Dr G._____, lequel mentionnait ce qui suit dans son rapport du 17 février 2005 :

« **CONCLUSION** »

Les valeurs de densité osseuse obtenues au niveau de la colonne lombaire doivent être modulées en raison de la présence d'une arthrose qui intéresse les vertèbres L3 et L4.

Au niveau de la hanche gauche, elles plaident pour une ostéopénie sévère avec perte de 25 % de la masse osseuse par rapport aux valeurs maximales théoriques.

Au niveau du col fémoral, elles voisinent les valeurs d'ostéoporose selon la définition de l'OMS ».

L'assurée a été examinée le 3 août 2006 par le Dr H. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH, au Service médical régional AI (ci-après : SMR). Dans son rapport d'examen psychiatrique du 7 août suivant, ce médecin a exposé notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail :
 - Trouble dépressif récurrent F33
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Aucun.

APPRECIATION DU CAS

Nous sommes en présence d'une personne de 59 ans chez qui le développement psycho-affectif a été entravé par plusieurs événements. En effet, elle a été battue de manière répétitive par son père, attitude qui a entraîné une mesure de protection de la part de la famille, puisqu'elle a été placée chez son parrain pendant 3 mois environ, à l'âge de 6 ans; ceci constitue une séparation tardive. De plus, elle est abusée à l'âge de 7 ans par un locataire de l'immeuble. Enfin, elle a été maltraitée par sa mère pour les fautes que commettait la soeur cadette, puisqu'elle-même devait montrer l'exemple en tant qu'aînée. Ces éléments ont eu comme effet d'interférer avec le processus normal de mise en place de la personnalité. Même si Madame X. _____ ne présente pas de personnalité pathologique selon les critères de la CIM-10, elle présente une fragilité psychique évidente. Ainsi, bien qu'elle ait fait preuve d'une certaine stabilité sur le plan professionnel, sa vie affective a été houleuse, souvent empreinte de violence verbale ou de non-respect de sa personne; les hospitalisations en milieu psychiatrique ont toujours eu lieu dans le contexte de séparations ou de difficultés conjugales.

Jusqu'en 1995, on ne relève pas d'antécédents psychiatriques. Elle est hospitalisée du 5 au 21.07.95, dans le contexte du décès proche de son ami d'alors qui souffrait d'un mésothéliome. A cette époque, le diagnostic retenu est celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Bien que le suivi psychiatrique ait été arrêté après 6 mois environ, le traitement antidépresseur (Gamonil®) a été continué jusqu'en 2001.

En 2002, surgissent à nouveau des conflits de couple suite à son 2^{ème} mariage. Elle s'adresse alors à un psychiatre mais son mari refusera d'entrer en matière pour la thérapie de couple. Elle arrête

ce suivi après 6 à 8 mois mais est finalement hospitalisée en février 2003 à [...], dans le contexte d'une exacerbation de ce conflit, ce qui a mené à un tentamen. Depuis, l'état de Madame X. _____ s'est stabilisé.

Pour le Dr F. _____, son médecin traitant généraliste, il existe « une amélioration de l'état dépressif avec disparition des problèmes liés à la dépression » (rapport médical AI du 04.02.05). Il ajoute que le Gamonil® a pu être stoppé (il avait été remis en place en 2002). Relevons également que l'assurée a renoncé à un suivi psychiatrique en raison du changement d'attitude positif de son mari vis-à-vis d'elle (arrêt de la consommation d'alcool, diminution des crises de colère, attitude plus respectueuse).

Madame X. _____ présente un trouble dépressif récurrent qui se manifeste de manière grave lors de situations de séparation ou de conflit conjugal. Actuellement, elle ne présente pas de symptomatologie dépressive dont l'intensité justifierait même le diagnostic d'épisode actuel léger. En effet, bien qu'elle relève une tristesse permanente, cela n'a pas été objectivé par un discours négatif, une réduction de la mimique ou de la gestuelle. L'assurée relève également une diminution de l'énergie en raison des douleurs dans les jambes, diminution qui n'est pas d'origine psychique; elle décrit une diminution de l'énergie psychique à la fréquence d'environ 1x/an et dont la durée de l'épisode s'étend en général sur 1 semaine. Cet aspect n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail durable. L'assurée présente une anxiété, anxiété qui n'a pas d'effet déstructurant sur la vie psychique. Les reproches qu'elle s'adresse n'ont pas de caractère exagéré ou irrationnel. Nous n'avons pas objectivé de troubles formels de la mémoire à court et à long terme; les oublis qu'elle mentionne sont banals. Enfin, la diminution de la confiance en elle, la diminution de l'appétit, de la vie sexuelle et l'irritabilité ne sont pas des éléments incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle.

Madame X. _____, en raison de sa fragilité psychique, n'est pas à même de travailler à plus de 50 %. En effet, le risque est une récurrence du trouble dépressif. Sa vulnérabilité psychique fait que lorsque se présente un stress mineur dans sa vie affective, ceci se répercute sur la capacité de travail, dans la mesure où elle se décompense sur un mode dépressif sévère (avec passage à l'acte auto-agressif). La capacité de travail est réduite à 50 % dans les activités habituelles de vendeuse de chaussures et d'aide-comptable. Il s'agit là de deux activités qu'elle connaît bien et elle ne présente pas de troubles cognitifs qui pourraient entraver l'activité d'aide-comptable (concentration, mémoire conservées). En raison de la nature de l'atteinte psychique (vulnérabilité avec risques de décompensation sur un mode dépressif avec passage à l'acte suicidaire), la capacité de travail n'est pas supérieure dans une autre activité. A ce titre, le travail dans un kiosque de septembre 2001 (recte : juillet 2000) à août 2002 constituait une activité plus compliquée que l'activité habituelle (gestion du personnel, manque d'expérience).

L'état actuel est présent, anamnestiquement, depuis juin 2003, l'hospitalisation d'une semaine à [...] ayant eu lieu en février de la même année. La capacité de travail recouvrée à 50 % est donc présente depuis le 01.06.03.

Limitations fonctionnelles

Vulnérabilité psychique avec risque de décompensation sur un mode dépressif avec passage à l'acte suicidaire.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

L'examen au SMR a montré un état entraînant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique induisant une incapacité de travail de 100 % depuis le 05.07.95 (hospitalisation à [...]).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan psychiatrique, une amélioration de l'état s'est manifestée à partir de mars 2003, puis l'état est resté stationnaire depuis le 01.06.03. Cette amélioration est à l'origine d'une diminution de l'incapacité de travail de 50 %.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 50 % dans l'activité habituelle (vendeuse de chaussures, aide-comptable). Elle est identique dans une activité autre, mais qui tiendrait compte des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus (activités "adaptées").

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

dans l'activité habituelle : 50 %

dans une activité adaptée : 50 % depuis le 01.06.2003 ».

Dans une note de l'OAI du 24 janvier 2007 établie à la suite d'un entretien verbal avec l'assurée, il est mentionné ce qui suit :

« L'assurée ne se voit pas retravailler. Elle signale un diabète qui entraîne qu'elle dort jusqu'à 8h.30 le matin, une déformation de la colonne et une ostéoporose. A cause des médicaments antidouleurs, elle doit faire une sieste d'environ 2 heures tous les après-midi.
(..)

L'assurée nous communique les coordonnées de ses médecins pour que nous puissions leur envoyer un questionnaire médical ».

Le 15 mars 2007, le Dr I. _____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome dorsal et lombovertébral sur troubles dégénératifs sévères depuis 2001 et, sans répercussion sur la capacité de travail, un status après grave dépression avec tentamen en 1995, un diabète type II insulino-dépendant depuis 1998, une maladie pulmonaire chronique obstructive sur tabagisme, une ostéopénie et un status après abus d'alcool. Il indiquait une incapacité de travail depuis 2002 et estimait qu'une amélioration de la capacité de travail après une si longue période d'inactivité paraissait très peu vraisemblable.

Le 4 juin 2007, le Dr I. _____ a posé les mêmes diagnostics. Il a expliqué qu'il avait vu l'assurée le 8 mai 2007 et que celle-ci se plaignait toujours de fortes douleurs dorsales au côté droit. Il mentionnait que malgré les plaintes de sa patiente, le Dr F. _____ n'avait pas pris en compte très sérieusement ses problèmes de dos, alors que lors de l'enquête relative à la dernière révision de l'OAI, elle avait dit qu'elle ressentait une souffrance beaucoup plus grande pour ses problèmes de dos que pour sa dépression. Le Dr I. _____ a fait effectuer le 1^{er} mai 2007 une densitométrie qui montrait une importante dégénérescence de L3 et L4, les clichés radiologiques effectués en 2003 montrant une scoliose avec courbure sinistro-convexe, une sévère ostéochondrose L3/L4 et une spondylarthrose des lombaires. Il estimait que l'actuelle densité osseuse constituait un facteur de risque important et maintenait une incapacité de travail à 100 pour-cent.

Le Dr J. _____ du SMR a procédé à un examen clinique rhumatologique le 13 août 2007. Il résultait de son rapport établi le 28 août suivant notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail
 - Lombosciatalgie droite sur trouble statique et dégénératif avancé (M 54.46)
- sans répercussion sur la capacité de travail
 - Neuropathie périphérique d'origine diabétique
 - Diabète de type 2 non-insulinodépendant
 - Ostéopénie diffuse avec ostéoporose débutante au niveau des 2 cols fémoraux

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée âgée aujourd'hui de 60 ans, bénéficiant d'une rente complète pour troubles psychiatriques depuis 1996. Une réévaluation sur le plan psychiatrique est effectuée au mois d'août 2006, cette réévaluation conclut à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans quelque activité que ce soit. A signaler par ailleurs que l'assurée a repris une activité professionnelle en tant que vendeuse dans un kiosque, entre septembre 2001 (recte : juillet 2000) et août 2002, activité qui a été déclarée à l'Al.

Actuellement, son médecin traitant atteste une incapacité de travail complète en raison de troubles ostéoarticulaires lombosciatalgie droite chronique.

Les examens radiologiques pratiqués mettent en évidence un trouble dégénératif avancé L3-L4 avec discopathie et ostéophytose antérieure, débouchant sur une instabilité locale induisant un rétrolisthésis de L3 sur L4 de 5 mm. L'examen clinique de ce jour met en évidence une assurée présentant les stigmates d'un ancien éthylisme (télangiectasie faciale et au niveau du haut du tronc, hypertrophie parotidienne bilatérale, érythème palmaire, et amyotrophie de la musculature thénar et hypothénar). Sur le plan ostéoarticulaire proprement-dit, la mobilité est conservée, sans véritable limitation, toutefois en position extrême, l'assurée signale une gêne au niveau lombaire. Sur le plan neurologique, nous objectivons des troubles de type polyneuropathie périphérique, en relation essentiellement avec un diabète de type 2 insulinodépendant actuellement et aussi probablement dans un processus carenciel chronique (OH). Aucun déficit radiculaire focal n'a été mis en évidence, hormis la non-obtention d'un réflexe rotulien à droite.

Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence quelques signes de non organicité (2/5 selon Waddell et 7/18 selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgique). Un tel diagnostic ne peut être retenu en l'absence d'un minimum de 12/18 points selon les critères de l'American Rheumatologic College pour une telle pathologie.

En conclusion cette assurée présente un trouble dégénératif du rachis lombaire bien documenté par les documents radiologiques mis à disposition. L'examen clinique de ce jour met en évidence une diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire, dans un contexte d'épargne lors de certains mouvements de la vie quotidienne. Au vu des atteintes objectives sur le plan ostéoarticulaire, il est évident que des activités à forte charge

physique nécessitant des positions en porte-à-faux, en torsion, genuflexion ou accroupies à répétition ne peuvent plus être réalisées par cette assurée. Toute activité de type sédentaire respectant les limitations fonctionnelles de façon stricte, et possibles sur le plan ostéoarticulaire à un taux de 100 % sans diminution de rendement.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charge supérieure à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 35 minutes sans possibilité de varier les positions assises/debout, pas de position en porte-à-faux et en antéflexion du tronc, diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition, pas de montée ou descente d'escalier.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Cette assurée est au bénéfice d'une rente AI depuis 1996, elle a travaillé en tant que vendeuse dans un kiosque entre septembre 2001 (recte : juillet 2000) et août 2002.

Son médecin traitant actuel atteste une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit, pour raisons ostéoarticulaires. L'assurée bénéficie d'une incapacité de travail à 50 % pour troubles psychiatriques, à la suite d'une expertise psychiatrique réalisée au mois d'août 2006 au SMR.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur la base des constatations objectives faites ce jour à l'examen clinique et du dossier radiologique, il est vraisemblable que cette assurée présente une incapacité de travail de l'ordre de 50 % dans une activité en tant que vendeuse, et ceci depuis qu'elle a cessé cette activité au mois d'août 2002. Une activité dite adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles de façon stricte, est possible à un taux de 100 % depuis cette date, sans diminution de rendement

Concernant la capacité de travail exigible,

50 % dans une activité dite de vendeuse (vendeuse de chaussures ou dans un kiosque). Une activité adaptée est possible à 100 % depuis août 2002.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

dans l'activité habituelle : 50 %

dans une activité adaptée : 100 % depuis août 2002 (somatique) ».

Dans un avis médical du 10 septembre 2007, le Dr K. _____ du SMR, se fondant sur les rapports des Drs H. _____ et J. _____, a retenu une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} juin 2003 dans toute activité.

La division administrative de l'OAI, dans un rapport final du 26 septembre 2007, a mentionné ce qui suit :

« Notre assurée est au bénéfice d'une rente entière de notre assurance depuis 1996. Selon les pièces médicales au dossier son

état de santé s'est amélioré et elle pourrait travailler à 50 % dans toute activité. Compte tenu de la fragilité psychologique de Mme X. _____, nous lui avons proposé, lors de notre entretien du 24.01.2007, d'évaluer ses possibilités de réadaptation professionnelle par le biais d'un stage en centre spécialisé. Notre assurée s'est déclarée incapable de travailler. Elle nous a signalé une aggravation de son état de santé, raison pour laquelle nous avons pris de nouveaux renseignements médicaux auprès de ses médecins.

Comme le médecin traitant de l'assurée attestait une incapacité de travail totale, un examen rhumatologique a été pratiqué au SMR en août 2007. L'examinateur atteste une capacité de travail entière dans une activité adaptée, au plan physique. Les autres atteintes évoquées (neuropathie périphérique, diabète de type 2 non insulino-dépendant et ostéopénie diffuse avec ostéoporose débutante au niveau des 2 cols fémoraux) n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail. En conclusion, en tenant compte à la fois des éléments somatiques et psychiatriques qui ont été mis en évidence lors des examens cliniques effectués au SMR, il ressort que la capacité de travail exigible de l'assurée est de 50 % dans toute activité depuis le 01.06.2006 (recte : 01.06.2003) (avis SMR du 10.09.2007).

Notre assurée ne se voyant pas reprendre une activité professionnelle, nous ne pouvons pas mettre en place des mesures professionnelles en sa faveur. Nous vous faisons donc parvenir les éléments nécessaires au calcul du préjudice économique qu'elle subit.

Notre assurée est au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce (effectué à l'école Lémania en cours du soir) et d'un CFC de vendeuse en chaussures. Avant l'invalidité notre assurée travaillait comme aide-comptable. En 1994, en tant qu'aide-comptable, elle a touché un salaire annuel brut de Sfr. 62'400.-. Elle a quitté son travail à cause de ses difficultés psychiques et n'est plus parvenue à assumer un travail réel dans l'économie depuis. Sans invalidité notre assurée aurait poursuivi son activité d'aide comptable. En 2007, après une période de réentraînement au travail, Mme X. _____ aurait pu toucher un salaire annuel brut de Sfr. 66'700.- à 100 % (salaire annuel maximum des aides-comptables, selon informations de notre coordinateur-emploi). A 50 % elle aurait donc pu toucher un salaire de Sfr. 33'350.- annuel brut. Le préjudice économique subi par notre assurée est important, nous vous laissons le soin de statuer sur son droit à des prestations financières de notre assurée.

Notre intervention n'étant plus justifiée, nous archivons le dossier ».

Le 30 octobre 2007, l'OAI a rendu un projet de décision indiquant notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Vous êtes au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, qui fait l'objet d'une révision d'office initiée au mois de novembre 2004.

Les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction de cette révision d'office attestent d'une amélioration de votre état de santé vous permettant de recouvrer une certaine capacité de travail. Afin de nous permettre de nous déterminer de manière précise sur cette capacité, nous avons organisé un examen médical complémentaire auprès du Service Médical Régional.

A l'issue de cet examen complémentaire, le médecin conseil de l'AI conclut à une capacité de travail de l'ordre de 50 % dans toute activité depuis le 1^{er} juin 2006 (recte : 1^{er} juin 2003).

Nous vous avons proposé la mise en place de mesures d'ordre professionnel, afin de vous permettre de mettre en valeur cette capacité de travail. Cependant, vous avez décliné notre intervention.

Dès lors, nous concluons la révision d'office de votre dossier par une approche théorique de gain, tenant compte de vos qualifications professionnelles :

En 2007, après une période de réentraînement au travail, vous auriez pu prétendre à un salaire brut de CHF 66'700.-- dans votre activité habituelle d'aide comptable exercée avant votre atteinte à la santé. A un taux d'activité de 50 %, soit la capacité de travail qui vous est reconnue depuis le mois de juin 2006, vous pourriez toucher un salaire de CHF 33'350.-- annuel brut. Votre préjudice économique actuel se décline comme suit :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 66'700.00

avec invalidité CHF 33'350.00

La perte de gain s'élève à CHF 33'350.00= un degré d'invalidité de 50 %

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente entière qui était versée jusqu'ici est remplacée par une demi-rente d'invalidité.

La réduction de la prestation sera effective dès le premier jour du 2^e mois qui suit la notification de la présente décision (art. 88bis al. 2, lettre a du règlement sur l'assurance- invalidité (RAI)) ».

Le 8 novembre 2007, l'assurée a contesté ce projet, en arguant notamment ce qui suit :

« Je souligne ici, que j'ai une scoliose prononcée et qu'à la suite d'une chute sur l'angle d'une marche, je me retrouve avec une vertèbre déplacée vers l'intérieur ce qui me provoque de telles douleurs qu'il m'arrive de ne pas pouvoir me lever avant d'avoir pris un calmant (Olfen 100) et d'attendre environ 20 min. pour que l'effet se fasse sentir. Après le repas de midi, je dois me reposer pendant environ 1 h.30 à 2h.

Sur le conseil de mon médecin traitant (le Dr. I. _____ à Leukerbad) je fais en moyenne ½ h. à ¾ h. de marche quotidienne afin d'assouplir ma mobilité. D'autre part, le déplacement de la vertèbre, qui s'est produit à la hauteur des reins, me provoque aussi de violentes douleurs qui rayonnent autour du bassin et qui touchent le

nerf sciatique. (Résultat : la jambe droite enflée après une longue station debout).

D'autre part, je suis en traitement pour le diabète et depuis 2005, je suis sous insuline avec injection quotidienne, chaque fois après contrôle du taux de glycémie. L'assurance invalidité est au courant de cette situation qui figure dans mon dossier. J'en viens au fait que je n'ai jamais reçu, ni sollicité l'indemnité à laquelle j'aurais pu avoir droit pour les charges de ce traitement.

Dans le résultat de vos constatations, vous dites m'avoir proposé la mise en place de mesures d'ordre professionnel, afin de me permettre de me mettre en valeur dans cette capacité de travail et que j'aurai décliné votre intervention. Je ne trouve aucune trace de ce fait dans mon dossier. Je vous prie donc de m'envoyer copie de ce refus qui m'étonne grandement. Comme je l'ai déjà dit plus haut, je ne refuse pas une activité à 25 %, mais je conteste une activité à 50 %. La fatigue due au diabète trop élevé et les temps de repos nécessaires dans le courant de la journée ne me permettent pas de m'engager à 50 % auprès d'un employeur. Ce serait courir le risque de m'absenter à tout moment et de perdre un emploi en peu de temps ».

Le 22 avril 2008, l'OAI a répondu que la contestation du 8 novembre 2007 n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. En outre, le projet du 30 octobre 2007 reposait sur une instruction complète sur les plans médical et économique et était conforme en tous points aux dispositions légales.

Par décision du 29 avril 2008, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité.

D. X. _____ a recouru contre cette décision par acte du 28 mai 2008, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle soutenait en substance que comme son état de santé ne s'était pas amélioré, il n'existait aucun motif de révision; en outre, dans la mesure où une appréciation médicale différente ultérieure ne suffisait pas pour faire apparaître la décision initiale d'octroi comme manifestement erronée, il n'y avait pas non plus de motif de reconsidération. Elle estimait que la spécialisation du Dr J. _____ n'était pas adéquate compte tenu de ses problèmes de santé somatiques et elle niait avoir décliné l'offre de l'OAI quant à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, mais avoir uniquement déclaré qu'il ne lui était pas possible de s'engager à 50 % auprès d'un employeur en raison des temps de repos nécessaires

durant la journée. Elle considérait également que dès lors qu'elle n'avait plus exercé l'activité d'aide-comptable depuis plus de dix ans, elle ne disposait plus des compétences nécessaires pour exercer une telle activité. Enfin, elle a produit une lettre du 30 mai 2008 du Dr I. _____ selon laquelle il n'était pas d'accord avec l'appréciation de la capacité de travail de 50 % retenue par le Dr J. _____, estimant que la neuropathie périphérique d'origine diabétique faisait partie des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail parce que posant des problèmes d'équilibre.

L'OAI a conclu au rejet du recours le 30 juillet 2008, en alléguant, en se référant au rapport du 7 août 2006 du Dr H. _____, que l'état de santé de la recourante s'était amélioré du point de vue psychique et que l'activité d'aide-comptable était parfaitement envisageable sur un marché du travail équilibré depuis 2003, lorsque l'intéressée avait 56 ans.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du

droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la réduction, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, de la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante depuis le 1^{er} juillet 1996 par décision du 16 février 1998, puis confirmée par communication du 16 janvier 2000 suite à une révision.

3. a) En vertu 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 et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 une comparaison des revenus conformes au

droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules

impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_6712007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

4. a) En l'espèce, une rente entière a été octroyée à la recourante sur la base des rapports des Drs A. _____ et B. _____ du [...] qui diagnostiquaient un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de la Dresse D. _____ qui diagnostiquait un épisode dépressif sévère avec épisode auto-agressif, du Dr E. _____ qui diagnostiquait un état anxio-dépressif de sévérité moyenne et des troubles de la personnalité, savoir pour des troubles psychiatriques. Les autres diagnostics posés : diabète II, stéatose hépatique sur OH chronique modéré, syndrome broncho-obstructif, ischémie myocardique silencieuse, puis angor, kystes laryngés et hyperlipidémie, n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail.

Le Dr H. _____ retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent dans son rapport du 7 août 2006. Il prend en compte le tentamen de 2003 et l'hospitalisation qui s'en est suivie. Il constate que ce trouble dépressif se manifeste de manière grave lors de situations de séparation ou de conflit conjugal mais qu'actuellement, la recourante ne présente pas de symptomatologie dépressive dont l'intensité justifierait même le diagnostic d'épisode actuel léger et que bien que celle-ci relève une tristesse permanente, cela n'a pas été objectivé par un discours négatif, une réduction de la mimique ou de la gestuelle. Il relève que la recourante présente une anxiété qui n'a pas d'effet déstructurant sur la vie psychique et qu'il pas objectivé de troubles formels de la mémoire à court et à long terme; les oublis qu'elle mentionne sont banals. En raison de la fragilité psychique de l'intéressée, le Dr H. _____ estime qu'elle n'est pas à même de travailler à plus de 50 % vu le risque d'une récurrence du trouble dépressif. L'expert démontre ainsi de façon

circonstanciée que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, les troubles psychiques résiduels constatés lors de son examen n'entraînant plus qu'une incapacité de travail de 50 pour-cent.

Il n'y a aucun rapport médical mettant en doute cette appréciation et l'avis du Dr H. _____ doit dès lors être suivi.

S'agissant de l'évolution de cette capacité de travail, le Dr H. _____ se fonde sur le rapport médical du 4 février 2005 du Dr F. _____, médecin traitant, qui d'une part mentionne que l'état de santé de la recourante est stationnaire et d'autre part que son état psychique s'est amélioré vu la disparition des problèmes liés à la dépression. Il ajoute que le Gamonil® a pu être stoppé progressivement. Il estime la capacité de travail à 30 % dans une activité adaptée telle qu'employée de bureau ou dans les anciennes activités d'écrivain public, aide-comptable et vendeuse, au plus tôt dès le 1^{er} juillet 2005. Le rapport du Dr F. _____ apparaît ainsi contradictoire et pour le moins incomplet puisqu'il ne mentionne pas le tentamen en 2003. Il s'avère ainsi qu'il n'y a pas de rapport médical attestant de manière cohérente de l'amélioration de l'état de santé de la recourante avant l'examen effectué par le Dr H. _____.

Il y a dès lors lieu de retenir une amélioration de la capacité de travail de la recourante dès le 3 août 2006, date de l'examen effectué par ce praticien.

b) Sur le plan physique, le rapport du 28 août 2007 du Dr J. _____ relève d'une étude circonstanciée et complète du cas de la recourante. Ses conclusions sont claires et motivées et doivent être suivies. Elles ne sont pas mises en doute par celles du Dr I. _____, lequel n'explique pas les motifs pour lesquels il retient une incapacité de travail totale. Dans la lettre produite en cours de procédure, ce praticien estime que la polyneuropathie diabétique diagnostiquée est invalidante; or, il n'a lui-même pas retenu ce diagnostic, mais uniquement le diabète et le syndrome broncho-obstructif sous diagnostics sans répercussion sur la

capacité de travail. Insuffisamment documenté, son avis ne saurait être retenu.

Il convient donc de retenir une capacité de travail entière sur le plan physique dans une activité compatible aux limitations fonctionnelles de la recourante, ce qui est le cas de son ancienne activité d'aide-comptable.

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Cette disposition est précisée par l'art. 6 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), qui définit la notion de reclassement et précise les frais pris en charge par l'assurance.

b) Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre

fin (TF I_552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.2; TFA I_370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

c) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF I_552/06 du 13 juin 2007, consid. 4.1; TFA I_605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2).

d) Sur le plan économique, dans la mesure où la recourante n'avait plus exercé la profession d'aide-comptable depuis plusieurs années, une mise à niveau sous forme de mesures professionnelles apparaissait effectivement adéquate. Ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier administratif, l'assurée ne se voyait pas retravailler (cf. note interne du 24 janvier 2007). L'OAI a cependant omis en l'espèce de

procéder à la mise en demeure formelle de l'assurée requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral.

La cause ne saurait toutefois être renvoyée à l'OAI, vu l'âge de la recourante au moment de la décision attaquée, savoir 61 ans.

En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I_198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998 P. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I_350/89 du 30 avril 1991, consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I_329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité

de travail résiduelle (TFA I_377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. notamment TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009, 9C_393/2008 du 27 janvier 2009, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008).

La recourante, née en novembre 1947, était âgée de 61 ans au moment déterminant où la décision litigieuse a été rendue. Elle a travaillé comme aide-comptable du 10 avril 1987 jusqu'au 30 juin 1995. Elle n'a plus retravaillé dans cette profession depuis lors, savoir pendant près de 13 ans. Au vu de l'évolution ne serait-ce que sur le plan informatique, une mise à niveau dans ce domaine déjà apparaît nécessaire. Or, on peine à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour permettre à la recourante de se réinsérer dans le monde du travail. Compte tenu de sa situation personnelle et professionnelle, il convient de conclure qu'elle n'est plus en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. En tant que la recourante ne peut plus exploiter sa capacité résiduelle de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale.

6. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens qu'une rente entière continue à être allouée à la recourante.

7. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA, 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 29 avril 2008 par l'OAI est réformée en ce sens qu'une rente AI entière continue à être allouée à la recourante.

- III.** L'OAI versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour X. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :