

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Dind et Abrecht
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

Q._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représentée par Me Jean-Marie Agier du Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne

et

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

Art. 4 LAI; 6, 7, 17 LPG

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1967, a déposé le 10 janvier 2002 une demande de prestations en vue de l'octroi d'une rente d'invalidité. Sur le formulaire 531bis rempli par l'assurée le 24 janvier 2002, elle a indiqué que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de maman de jour, par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 25 janvier 2002, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine générale, posait comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de sa patiente un état dépressif chronique et une surcharge psychologique. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail de l'assurée, il mentionnait des lombalgies chroniques et une possible fibromyalgie débutante. Le médecin traitant indiquait aussi que l'état de santé de l'assurée s'aggravait mais que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Enfin, il précisait que l'époux de l'assurée était atteint depuis plusieurs années d'une forme grave de sclérose en plaque s'aggravant régulièrement et que l'assurée devant gérer cette situation, son ménage et l'éducation de ses deux enfants, elle souffrait d'épuisement psychologique.

Dans un rapport médical du 5 mai 2003, les Drs R. _____ et C. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du Centre psycho-social [...] (ci-après : CPS), posaient comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
- trouble de la personnalité labile, type borderline
- réaction aiguë à un facteur de stress F43.0
- trouble somatoforme.

Les médecins estimaient à 50 % la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité de ménagère de l'assurée et indiquaient qu'une autre activité demandant peu d'effort physique, à temps partiel, et surtout peu

stressante ne pouvait être exigée plus de 3 à 4 heures par jour. Ce rapport apporte notamment les précisions suivantes :

"Anamnèse

Mme Q. _____ est née en 1967, elle est enfant unique, issue d'une famille dont la grand-mère maternelle et la mère souffrent d'alcoolisme. Les parents se battaient souvent et se sont divorcés lorsque la patiente avait 7 ans, en raison de l'alcoolisme de la mère. Jusqu'à l'âge de 12 ans, elle a vécu avec sa mère, cette dernière étant bien soutenue par la grand-mère maternelle. Dès l'âge de 12 ans et jusqu'à 18 ans, elle a été placée chez son parrain et sa marraine, qui sont des amis de la famille et qui ont eux-mêmes une fille et un garçon. Le père de la patiente s'est remarié et a eu par la suite deux enfants. Elle le voyait environ tous les 15 jours. L'enfance de Mme Q. _____ est donc marquée par le divorce de ses parents et le placement chez ses parrain et marraine qui faisaient office de famille d'accueil. Elle a pu trouver également un très bon soutien en la personne de son grand-père maternel qu'elle voyait plusieurs fois par mois. Par ailleurs, la patiente considère les enfants de son parrain comme ses frère et soeur.

Mme Q. _____ s'est mariée en 1987, avec un homme qu'elle connaissait depuis l'âge de 15 ans, qui travaille à 50 % au Service pénitentiaire. Le couple a eu deux enfants, le premier, âgé actuellement de 13 ans, qui aurait semble-t-il des troubles de l'attention et qui aurait de la peine à suivre à l'école, et qui est en classe à effectif réduit. En 1996, au moment où madame avait arrêté de prendre la pilule dans l'espoir d'avoir un deuxième enfant, une sclérose en plaques s'est déclarée chez son mari. Malgré cela, le couple décide d'avoir un autre enfant et ils ont alors un fils, qui est âgé actuellement de 6 ans. Depuis cette période, la santé de M. (...) était plus ou moins stable, mais depuis novembre 2000, il aurait fait plusieurs poussées et aurait perdu l'usage de la jambe gauche. Durant ces années, Mme Q. _____ a pu faire face de manière courageuse, mais en décembre 2000, son grand-père maternel, avec lequel elle avait de très bonnes relations, est décédé. Il y aurait eu à ce moment-là des conflits au sujet du testament avec sa mère, toujours alcoolique, qui vit à Lausanne, et depuis ce décès, Mme Q. _____ est très marquée. Elle se sent de plus en plus triste et seule. C'est à partir de ce moment qu'elle développe une symptomatologie douloureuse de manière diffuse, une fatigabilité extrême et des angoisses nocturnes. Son médecin-traitant met en place un traitement antidépresseur et anxiolytique qui s'avère inefficace. C'est à partir de cette période qu'elle consulte au Centre Psycho-Social, la situation à la maison par rapport aux poussées de plus en plus fréquentes de M. (...) devenant très difficile et très lourde à gérer, développant une symptomatologie anxio-dépressive de plus en plus marquée.

Sur le plan professionnel, elle a effectué une primaire supérieure et a ensuite étudié à l'école ménagère rurale durant 6 mois, entre 1983 et 1984, couronnés par un diplôme. Elle a fait une formation d'aide familiale, profession qu'elle a exercée jusqu'en 1989, date de la naissance de leur premier enfant. Elle n'a depuis lors jamais exercé cette profession, s'étant consacrée dès 1989 à ses tâches

ménagères. Elle a effectué dans les années 1990 quelques occupations telles des ménages ou maman de jour et a également fait fonction de famille d'accueil. Ses revenus actuels sont constitués par une assurance vie et une assurance perte de gains privée.

Plaintes subjectives et constatations objectives

Nous connaissons Mme Q. _____ depuis janvier 2002. C'est une patiente de 36 ans, faisant son âge, accusant un léger excès pondéral. Elle se présente seule aux entretiens. Nous ne notons pas d'inhibition psychomotrice. La thymie est en général dépressive, s'exacerbant de manière notoire lorsque son mari a une poussée de sclérose en plaques, ce qui se produit depuis un an à la fréquence d'environ une fois par mois. Outre ces épisodes, Mme Q. _____ vit dans l'expectative du suivant, elle arrive tout juste à remplir ses tâches ménagères et dès qu'une poussée s'annonce, elle ressent une aggravation de ses symptômes anxieux sous forme de difficultés à respirer, de sudations profuses et de nausées, elle se sent très déprimée, triste, irritable, pleure fréquemment, a des sentiments d'impuissance, d'inutilité et d'auto-dévalorisation souffrant d'une anhédonie et d'une aboulie marquées, ainsi que d'un retrait social ; un rien l'épuise, elle a de la difficulté à se mettre en route le matin, a de fréquentes céphalées, son sommeil est très perturbé, ponctué de réveils nocturnes. Par ailleurs, elle signale des troubles cognitifs de type diminution de la concentration et de la mémoire. Elle ne verbalise pas d'idée suicidaire. Il n'y a pas de trouble formel du cours de la pensée, le discours est cohérent Il n'y a pas de signe floride de la lignée psychotique.

Elle épuise progressivement ses ressources et malgré le soutien psychiatrique ainsi que de l'aide à domicile dont elle bénéficie, chaque poussée de la maladie de son mari est vécue plus péniblement et est gérée avec de plus en plus de difficulté, mettant également à chaque fois plus de temps pour s'en remettre.

Elle souffre également d'une fibromyalgie dont la symptomatologie semble s'exacerber lorsque son état anxio-dépressif s'aggrave.

Examen psychologique effectué les 7 et 14 novembre 2002 : il conclut chez cette dame à un fonctionnement de registre limite, qui présente des ressources, malgré certains dérapages, ceci semblant essentiellement en rapport avec les menaces que la pulsion agressive fait peser sur la relation, dans le sens du risque de séparation, même si parfois quelques touches plus persécutoires peuvent s'esquisser.

Thérapie / Pronostic

Mme Q. _____ est au bénéfice d'un traitement psychiatrique intégré composé d'entretiens médicaux mensuels, voire hebdomadaires dans les phases aiguës, complétés par un traitement antidépresseur, anxiolytique et hypnotique.

Pronostic: réservé.

Conclusion : L'évolution de la santé psychologique de Mme Q. _____ est donc fortement liée à la maladie de son mari. Elle fait office d'infirmière auprès de lui lorsqu'il a des poussées, en plus de devoir gérer son ménage. Sa fibromyalgie rend ses tâches quotidiennes encore plus difficiles à effectuer et Mme Q. _____ se rapproche progressivement d'un effondrement dépressif, le trouble

dépressif récurrent entraînant pour des longues périodes un apragmatisme important semble dominer le tableau clinique. Dans ce contexte, nous pensons qu'une rente à 50% est justifiée et que des mesures professionnelles le sont également, Mme Q._____ se sentant totalement inapte à reprendre son travail d'aide ménagère, surtout à cause de sa fibromyalgie."

Le 20 mai 2003, la Dresse W._____ du Service médical régional (ci-après SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a téléphoné au Dr D._____. Un résumé de l'entretien téléphonique a été reporté par écrit et contresigné par le médecin traitant pour accord. Il indique ce qui suit :

En février 2000, Mme Q._____ a été mise à l'incapacité de travail à 100 % pour son activité de maman de jour. La maladie de son époux et la surcharge psychologique conséquente ne lui permettaient plus d'exercer cette activité. Le traitement antidépresseur de Seropram® a été initié à cette période-là. Par contre, les activités de ménagère de l'assurée ne nécessitaient pas d'aide et elle pouvait les assumer entièrement. Avec l'aggravation de sa situation socio-familiale fin 2000 (péjoration de l'état de santé du mari avec rapprochement et augmentation des crises, décès de son grand-père maternel qui l'a élevée pendant quelques années...), l'assurée a nécessité en plus un traitement psychiatrique spécialisé au CPS [...]. La capacité de « travail » de 50 % attestée par ce service concerne ses activités ménagères, ainsi que l'aide importante que Mme Q._____ doit apporter à son époux. Ses douleurs expriment principalement ses problèmes psychiques. Concernant des mesures professionnelles, le Dr D._____ pense, contrairement à l'avis du CPS, qu'elles ne sont pas de mise actuellement chez une assurée qui doit beaucoup s'occuper de son mari et tient son ménage tout en élevant ses deux enfants. En résumé, IT (réd.: incapacité de travail) 100 % du point de vue professionnel depuis février 2000. IT 50 % en tant que ménagère depuis novembre 2000."

Un rapport du SMR du 22 mai 2003 retenait une incapacité de travail de 100 % pour des activités salariées depuis février 2000 et de 50 % comme ménagère depuis novembre 2000. Il indiquait en outre ce qui suit :

"Assurée de 36 ans, mariée, 2 fils. Ecole d'aide familiale avec activités professionnelles comme aide familiale, maman de jour. Principalement ménagère depuis la naissance de ses enfants, mais a travaillé en gardant des enfants (avec assurance perte de gain). Son époux souffre d'une sclérose en plaques, dont l'importance des crises a augmenté en février 2000. Cette maladie, ainsi que la surcharge psychologie conséquente ont empêché l'assurée de

poursuivre son activité de maman de jour, développant un trouble dépressif. Depuis lors, elle est dans l'incapacité d'effectuer un travail rémunéré pour des raisons psychiatriques (cf. rapports médicaux). Elle développe parallèlement des douleurs somatiques sans substrat, diagnostiquées comme trouble somatoforme par ses médecins,

En tant que ménagère, l'assurée ne nécessite pas d'aide, mais est ralentie dans ses activités par son état psychique elle présente donc une IT de 50% (rapport CPS). En résumé, IT de 100% pour activités salariées depuis février 2000 et de 50% comme ménagère, depuis novembre 2000. Des mesures professionnelles n'entrent pas en ligne de compte."

Le rapport d'enquête ménagère du 10 octobre 2003 retenait un degré d'invalidité de 52.5 % comme ménagère. L'enquêtrice indique, sans plus de précision, qu'il y a cumul ou alternance des limitations physiques et psychiques dans toutes les activités ménagères. Elle reporte comme suit les empêchements de l'assurée et le degré d'invalidité en résultant (après pondération) :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| - 6.1 conduite du ménage : | empêchement 50 %
invalidité 2,5 % |
| - 6.2 alimentation | empêchement 50 %
invalidité 15 % |
| - 6.3 entretien du logement | empêchement 50 %
invalidité 7,5 % |
| - 6.4 emplettes et courses diverses | empêchement 50 %
invalidité 5 % |
| - 6.5 lessive en entretien des vêtements | empêchement 50 %
invalidité 7,5 % |
| - 6.6 soins aux enfants et aux autres
membres de la famille | empêchement 50 %
invalidité 10 % |

Le rapport précisait qu'au cours de l'enquête, l'assurée avait déclaré que sans atteinte à la santé, elle n'aurait pas pu travailler en raison de l'aide qu'elle devait apporter à son mari dont «les poussées ne peuvent être planifiées». Il lui serait impossible de s'engager quelque part ne pouvant garantir une continuité à un éventuel employeur. L'assurée avait encore précisé qu'elle n'aurait pas pu travailler à l'extérieur dès 1997 en rappelant que cette année-là, son mari avait eu une poussée de sclérose

en plaques au cours de laquelle il avait perdu la vue. Sans atteinte à la santé du mari, elle aurait été aide familiale à 50 %. De ce qui précède, le statut de l'assurée est celui de ménagère à 100 %.

Par décision du 28 octobre 2003, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2001. Cette décision retient notamment que la capacité de travail de l'assurée est considérablement restreinte depuis le 1^{er} novembre 2000 (début du délai d'attente d'un an), que selon les observations de l'OAI l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels a été estimé à 52, 5 %. Il est précisé que l'empêchement détermine le degré d'invalidité.

B. Par courrier du 9 juin 2004, l'assurée a annoncé à l'OAI avoir changé d'adresse en raison de sa séparation d'avec son époux.

Le 29 novembre 2004, le Dr D. _____ a signalé à l'OAI que l'état de santé tant physique que psychique de l'assurée s'était aggravé. Le médecin traitant a précisé que, sur le plan somatique, sa patiente présentait une fibromyalgie très importante avec des algies diffuses et des lombosciatalgies persistantes et que, sur le plan psychique, l'état dépressif s'était aggravé, et s'accompagnait de crises d'angoisse, d'insomnies et d'anxiété généralisée. Selon lui, l'octroi d'une rente entière d'invalidité était justifié.

Le 22 mai 2005, l'assurée a demandé la révision de son dossier.

Sur le formulaire n° 531bis qu'elle a rempli le 30 juillet 2005, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à l'extérieur comme aide-familiale à un taux d'environ 30 et 40 %, par nécessité familiale. Elle a précisé que tel n'était pas le cas avant sa séparation d'avec son époux.

Le 4 août 2005, le Dr R. _____ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire [...] a informé l'OAI que l'état psychologique de l'assurée s'était péjoré et que l'incapacité de travail était alors de 70 %. Il a toutefois précisé que, comme il s'agissait d'une période particulièrement pénible dans la vie de l'assurée, cette péjoration pouvait n'être que transitoire. Il a requis un délai de 6 mois avant de réévaluer la capacité de travail de l'assurée en fonction de l'évolution de son état de santé.

Dans un rapport médical du 30 août 2005, le Dr D. _____ indiquait que sa patiente présentait un état dépressif chronique, un épuisement généralisé et un syndrome douloureux chronique. Relevant que l'état de santé s'aggravait, il estimait que le pronostic serait défavorable aussi longtemps que la situation familiale ne s'améliorerait pas.

Dans un rapport médical du 24 avril 2006, la Dresse H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie posait comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques, un trouble de la personnalité labile, type borderline et un trouble somatoforme. Selon cette spécialiste, l'état de santé de sa patiente était stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées. Elle estimait la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité ménagère à 50 % et précisait qu'une autre activité, demandant peu d'efforts physiques, peu stressante et à temps partiel pouvait être exigée, mais pas plus de 3 à 4 heures par jour. Son pronostic était réservé au vu des épisodes dépressifs à répétition qui perduraient malgré la modification du contexte familial.

Le 6 octobre 2006, une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée. Dans son rapport, l'enquêtrice relève comme limitations fonctionnelles physiques un épuisement, des douleurs articulaires essentiellement aux mains, aux avant-bras et au dos. L'assurée présente une prise de poids en lien avec la dépression et souffre de raideur le matin au réveil. Elle doit être très attentive au travail qu'elle

fournit, les jours où elle se sent bien, elle a envie d'en faire plus, mais le lendemain elle n'arrive pas à récupérer. Elle doit se reposer entre chaque activité, répartit son travail pour éviter de se surcharger. Elle fait état de forts maux de tête lorsque les activités physiques sont trop importantes. En ce qui concerne les limitations psychiques, l'assurée se dit angoissée, triste, sans entrain, évitant tout contact social. Elle explique rester souvent des journées entières chez elle pour éviter de croiser des regards trop inquisiteurs. Au chapitre de l'activité salariée à l'extérieur, l'enquêtrice relève ce qui suit :

"Dans la première enquête datant du 9 octobre 2003, l'assurée indique qu'en bonne santé elle ne travaillerait pas à l'extérieur. Ses enfants alors âgés de 13 ans et 6 ans, nécessitaient une présence constante d'après l'assurée qui avait fait le choix de s'en occuper un maximum. En plus, son mari atteint de sclérose en plaques avait besoin d'une aide à faire face aux activités quotidiennes de la vie. Depuis mai 2004, l'assurée vit séparée. Elle est divorcée depuis décembre 2005.

Ses enfants ont grandi et l'assurée en bonne santé aurait repris un travail pour faire face à sa situation financière et pour se réaliser dans une profession qu'elle aimait.

Sur le formulaire 531 bis, l'assurée indique qu'elle travaillerait entre 30-40 %, après réflexion l'assurée indique que financièrement elle serait obligée de travailler à 50 % pour subvenir à ses besoins.

Elle signale que depuis son divorce en décembre 2005, elle aurait repris une activité à 50 %.

En tant qu'aide-familiale elle aurait pu trouver un mi-temps dans un CMS, qu'elle aurait exercé pendant les heures d'école de son fils cadet, ce qui lui aurait permis d'être présente pour les repas et les leçons.

Actuellement l'assurée reçoit une pension de Fr. 2'468, - de son ex-mari.

Elle bénéficie d'une rente AI de Fr. 1'600.-.

Le loyer subventionné est de Fr. 788. - y compris les charges.

L'assurée reçoit des subsides pour la caisse maladie, elle paye Fr. 369. -.

Le fils aîné en apprentissage à Lausanne bénéficie d'un abonnement de train offert par son employeur.

L'assurée a dû renoncer à sa voiture car ne peut l'assumer financièrement.

Elle n'a pas de dettes.

Proposition de statut : 50 % active — 50 % ménagère dès le 1^{er} décembre 2005."

Le rapport d'enquête ménagère du 6 octobre 2006 retient un degré d'invalidité de 57 % comme ménagère, en indiquant les empêchements de l'assurée et le degré d'invalidité en résultant (après pondération) de la façon suivante :

ses enfants l'aident à les ranger. Le jour où l'assurée fait ses courses, elle ne peut effectuer aucune autre activité ménagère. (Avant l'assurée avait une voiture, ce qui lui facilitait les achats, actuellement elle est dépendante d'une tierce personne, l'épicerie du quartier étant trop chère pour effectuer l'ensemble des courses.)

- 6.5 lessive en entretien des vêtements empêchement 50 %
invalidité 7,5 %

Lessive une fois par semaine. L'assurée s'est organisée pour mettre le linge dans des sacs en plastique que ses enfants descendent jusqu'à la buanderie. Elle étend sur de petits étendages car elle n'arrive pas à lever les bras. Elle plie un maximum, e repasse par petites quantités, par tranches de 30 minutes environ, puis doit se reposer. Elle peut faire de petits raccommodages. Le jour de la lessive l'assurée ne fait aucune autre tâche ménagère, quelquefois même le repas est préparé la veille pour éviter trop de fatigue.

- 6.6 soins aux enfants et aux autres
membres de la famille empêchement 70 %
invalidité 14 %

2 enfants de 9 et 16 ans. Son mari étant atteint dans sa santé, l'assurée se retrouve totalement seule à s'occuper de ses enfants qui nécessitent un encadrement. Épuisée, fragilisée par son état, elle ne peut pas être un appui pour l'aîné qui vient de commencer un apprentissage et qui rencontre des difficultés. L'assurée essaye tant bien que mal de répondre à leur besoin par sa présence mais elle sait qu'elle ne peut pas leur offrir de loisirs ni les accompagner car épuisée par trop de responsabilité que sa santé ne lui permet pas d'assumer. Elle ne peut pas les accompagner pour faire du sport, ni à un spectacle car la position assise prolongée exacerbe ses douleurs.

En ce qui concerne l'exercice d'une activité salariée, l'enquêtrice précise que la reprise d'une telle activité à 50 % pour des raisons financières (divorce en décembre 2005) paraît plausible pour cette assurée qui dispose d'une formation d'aide familiale. Elle relève que les empêchements ménagers ont augmenté car l'assurée vit désormais seule, est ainsi confrontée aux difficultés de vie sociale et doit gérer les affaires courantes sans soutien ce qui est très invalidant.

Dans un avis médical du 7 décembre 2008, la Dresse S._____ du SMR indique ce qui suit :

Date de la demande : 24.05.2005, pour aggravation

Première révision de demi-rente, sur invalidité de 52%, assurée ménagère, accordée depuis 2003 pour cette assurée de 39 ans, séparée depuis juin 2004, divorcée depuis 2005. Deux enfants mineurs de 16 et 9 ans. Diagnostics lors de l'octroi : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, chez une personnalité labile type borderline et trouble somatoforme, réaction aigüe à facteur de stress. Le mari de l'assurée souffrait d'une forme sévère de SEP, situation responsable de l'intensité de la pathologie. Il avait été reconnu une incapacité de travail totale dans la profession d'aide familiale certifiée et de 50% dans les activités du ménage et dans une activité adaptée. Pas d'expertise.

Pour cette révision, changement de statut, mi-ménagère mi-active. Le psychiatre traitant, diagnostics inchangés si ce n'est l'intensité de la dépression de moyen à sévère, reconnaît une capacité de travail de 50% dans les activités ménagères et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: pas de d'effort physiques et peu de stress. L'enquête ménagère d'octobre 2006 atteste de 57% d'empêchements: ceux-ci sont particulièrement dus aux douleurs alléguées. La comparaison des enquêtes ménagères de 2003 et 2006 amène quelques commentaires. Point 6.1, mêmes empêchements, on passe de 2.5 à 3%, alors que la charge d'organisation était bien supérieure avec la présence du mari invalide. En 2003, les points 6.2 à 6.7 ne sont pas du tout développés. En résumé on ne peut juger de la péjoration des empêchements dans le ménage, l'enquête de 2003 ne pouvant servir de référence car mal faite. Proposition:

Expertise rhumato-psychiatrique en COMAI de Genève (Dr [...])."

Mandaté par le SMR, les Drs J._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, et G._____, spécialiste FMH en psychiatrie, du Centre d'expertise médicale à Genève ont procédé à une expertise bidisciplinaire de l'assurée les 28 février 2007 (examen rhumatologique) et 19 mars 2007 (examen psychiatrique). Leur rapport, daté du 14 août 2007, relève notamment ce qui suit :

"A.4 DIAGNOSTICS

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Fibromyalgie.

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (CIM-10 F33.4).
- Personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10 F60.31) avec traits dépendants.
- Trouble panique (CIM-10 : F41.0)

- Lombalgies communes discrètes à modérées
- Surcharge pondérale.

A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Sur le plan rhumatologique, Madame Q._____ présente une vraisemblable fibromyalgie si on tient compte des critères de l'ACR, à savoir des douleurs chroniques touchant le rachis et les quatre extrémités associées à plus de 11/18 points d'insertionite. Il existe également des critères mineurs tels qu'un état de fatigue, un sommeil non réparateur, des céphalées, des troubles de la concentration et de la mémoire, etc.

Objectivement, je constate une mobilité du rachis et de l'ensemble des articulations parfaitement mobiles sans limitation fonctionnelle précise. Les douleurs du rachis principalement au niveau de la charnière lombosacrée évoquent une surcharge localisée qui me semble discrète étant donné l'absence de douleur segmentaire précise, de limitation de la mobilité du dos et l'absence de contracture paravertébrale. De plus, l'intensité des douleurs du dos semble faire partie du tableau douloureux chronique modulé principalement par des stress psychologiques. Dès lors, des investigations radiologiques récentes nous ont paru parfaitement superflues dans ce contexte.

En résumé, sur le plan uniquement rhumatologique, il n'existe pas de pathologie objective ou de limitation fonctionnelle justifiant une restriction de la capacité de travail, dans son travail d'aide familiale. En raison d'une surcharge pondérale et d'un vraisemblable déconditionnement psycho-physique, des conseils ergonomiques du dos et des exercices de renforcement pourraient aider l'assurée à mieux gérer la faiblesse de son dos. Toutefois, comme mentionné ci-dessus, la symptomatologie fibromyalgique joue un rôle primordial dans la capacité de travail, et dès lors, des mesures uniquement de physiothérapie semblent complètement illusoire pour l'instant. Il faut plutôt favoriser les approches cognitivo-comportementales permettant une meilleure gestion du stress.

Une partie des symptômes présentés par l'assurée pourraient également être le reflet de troubles thymiques dans le cadre d'un état dépressif chronique. Toutefois, actuellement, le psychiatre expert, le Docteur G._____, estime que le trouble dépressif récurrent de l'assurée est actuellement en rémission. Il estime que l'assurée ne présente donc plus d'épisode dépressif majeur et que le trouble panique n'est pas sévère. Pour cette raison, il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail et la capacité résiduelle d'un point de vue psychiatrique est de 100 %. Toutefois, dans la profession d'aide familiale, il estime que l'on peut s'attendre à une diminution de son rendement de 30 % et ceci de façon transitoire, en raison d'une personnalité émotionnellement labile et du trouble dépressif récurrent. Ce trouble dépressif récurrent sera probablement encore responsable de périodes d'incapacité de travail transitoires. Cependant, son état ne la rend pas incapable de s'adapter à un environnement professionnel et ne contre-indique pas d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Il est clair que cette appréciation semble être en contradiction avec les avis des Docteurs H._____, D._____ ou R._____ qui retiennent un trouble dépressif récurrent moyen à sévère. Il faut noter que ces évaluations psychiatriques concernent la période 2004, 2005, années particulièrement pénibles en raison d'une séparation difficile d'avec son mari et d'une difficulté à affronter une diminution de sa qualité de vie suite à son divorce (difficultés financières). Toutefois,

progressivement, l'évolution semble favorable avec une diminution de l'atteinte dépressive et actuellement l'assurée ne présente plus de symptomatologie évocatrice d'un épisode dépressif significatif. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, d'un point de vue strictement rhumatologique et également psychiatrique, on ne retient pas d'incapacité de travail significative. Dans l'activité d'aide familiale qui nécessite des ports de charges et des positions contraignantes pour le dos, nous retenons cependant une diminution de la capacité de travail à maximum 5 heures par jour. Cette limitation de la capacité de travail nous semble justifiée d'un point de vue anamnestique et clinique en raison de la présence d'une fibromyalgie avec un seuil de douleur abaissé, une grande fatigabilité aggravée progressivement durant la journée. Toutefois, nous estimons que dans une activité adaptée, plutôt de bureau, ne comprenant pas de ports de charges lourdes ou de positions contraignantes pour le dos, la capacité de travail est de 100 %. On pourrait envisager une réadaptation professionnelle dans une activité intéressant l'assurée. Cette dernière serait intéressée par une activité principalement dans le social ne comprenant pas un travail trop physique.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique la symptomatologie douloureuse de Madame Q._____ est particulièrement déclenchée par les stress psychiques et émotionnels, ainsi que les activités physiques comprenant des ports de charges lourdes ou des activités contraignantes pour le dos. Comme décrit ci-dessus, ces limitations ne sont pas expliquées objectivement par le status rhumatologique ou psychiatrique et sont vraisemblablement en relation avec la présence d'une fibromyalgie avec un seuil de douleur abaissé et une personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Au plan psychique et mental comme décrit dans « appréciation du cas et pronostic », l'assurée ne présente pas de limitation liée à un état dépressif significatif. Anamnestiquement, elle présente cependant une fragilité liée au stress psychique et émotionnel. Au plan social il n'y a pas de limitation significative au vu de l'anamnèse sociale et psychologique.

B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? La fibromyalgie et l'abaissement du seuil de la douleur engendrent une grande fatigabilité qui s'aggrave dans la journée. Les soins à donner à des personnes dépendantes (lever du lit, aide à la toilette, à l'habillement, etc.) provoquent une augmentation des douleurs dorsales.

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Comme décrit dans « appréciation du cas et pronostic », nous retenons une capacité de travail dans l'activité d'aide familiale de 5 heures par jour, principalement en raison de la présence d'une fibromyalgie avec un seuil de douleur abaissé et un état de fatigabilité important.

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui, 5 heures par jour.

B.2 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quel mesure? Non.

B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20% ?

Les troubles décrits ont justifié l'octroi d'une demi-rente AI avec un taux d'invalidité de 52,5 % depuis 2001. Il reste difficile de déterminer une date précise quant à la baisse de la capacité de travail, étant donné qu'entre 1996 et 2004, l'assurée n'a pas travaillé et s'est principalement occupée de son mari handicapé, ceci jusqu'en 2004, date de sa séparation.

B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il ne s'est pas modifié.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Oui.

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants : la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes. L'assurée pourrait bénéficier d'une réadaptation professionnelle en tenant compte des restrictions fonctionnelles décrites ci-dessus. L'assurée elle-même désire continuer dans une activité, principalement dans le social, ne comprenant pas un travail trop physique.

Si non, pour quelles raisons?

Caducue.

C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Non. Les adaptations dans l'activité d'aide familiale restent difficiles à effectuer en raison des contraintes physiques inhérentes à cette activité.

C2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Caducue.

C.2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Caducue.

C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?

Oui.

C.3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Comme décrit ci-dessus, l'assurée garde une capacité de travail complète dans une activité adaptée, principalement de bureau, ne comprenant pas de ports de charges lourdes ou de positions contraignantes pour le dos.

C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? (heures par jour)?

A plein temps.

C.3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Oui. Une diminution de rendement de 30 % peut être retenue en raison de la fatigabilité de l'assurée, lui permettant d'avoir des temps de repos et des petites pauses durant son travail.

C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Caducue."

Le 5 septembre 2007, le Dr V. _____ du SMR a établi l'avis médical suivant :

"Voir aussi l'avis SMR du 7.12.2006.

Dans le cadre de la révision, une expertise pluridisciplinaire a été demandée au COMAI de Genève.

L'examen rhumatologique est compatible avec une fibromyalgie caractérisée par des douleurs chroniques du rachis et des extrémités sans limitation fonctionnelle objective.

Au plan psychiatrique, l'anamnèse et les pièces du dossier sont compatibles avec un trouble dépressif récurrent. Le status actuel montre que le trouble dépressif est en rémission, en amélioration clinique par rapport aux documents médicaux précédents. Les critères d'un trouble somatoforme douloureux persistant ne sont pas réunis. Les crises d'angoisses occasionnelles et le trouble panique ne sont pas sévères et ne justifient pas d'incapacité de travail, tout comme le trouble de la personnalité émotionnellement labile. Les symptômes sont toutefois susceptibles d'entraîner une baisse de rendement transitoire de l'ordre de 30%. L'anamnèse psychosociale montre que les facteurs aggravants de Meyer-Blaser ne sont pas réunis.

En résumé, nous sommes actuellement en présence d'une fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique significative ni facteurs aggravants. Il n'y a donc plus de maladie invalidante au sens de l'AI.

Il est difficile de situer cette amélioration dans le temps (elle est postérieure à août 2005 et antérieure à mars 2007). Par souci d'équité, on peut arbitrairement retenir la date de l'examen d'expertise psychiatrique (19.3.2007)."

Le 3 décembre 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'elle remplissait les conditions du droit à une réorientation professionnelle.

Par projet de décision du 4 juillet 2008, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assurée dès le 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle ne présentait plus d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 30 juillet 2008, la Dresse H. _____ a signalé à l'OAI que depuis son rapport d'avril 2006, l'évolution clinique de sa patiente avait été marquée, d'une part par des périodes d'aggravation de la symptomatologie dépressive, pouvant être sévère, et d'autre part par des périodes de relative stabilité. Elle a toutefois relevé que les épisodes dépressifs à répétition se rapprochaient au fil des années et que, dans ce contexte, son pronostic restait réservé.

Le 13 août 2008, par l'intermédiaire de [...], l'assurée a formé opposition au projet de décision du 4 juillet précédent, en faisant valoir que les rapports médicaux de ses médecins traitants et de sa psychiatre en particulier faisaient état de l'aggravation de son état de santé psychique, de sorte qu'elle présentait toujours une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Dans un avis médical du 29 septembre 2008, le Dr V. _____ du SMR indique que ni l'opposition, ni le courrier de la Dresse H. _____ ne contiennent d'élément susceptible de modifier la position de l'OAI. Il relève que si la Dresse H. _____ évoque des périodes d'aggravation des symptômes dépressifs alternant avec des périodes de relative stabilité, elle n'apporte aucune description objective propre à étayer une aggravation quelconque et ne se prononce pas davantage sur la capacité de travail de l'assurée.

Par décision 24 octobre 2008, l'OAI a confirmé la suppression du droit à la rente de l'assurée dès le 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a notamment relevé ce qui suit :

"Notre position repose principalement sur une expertise pluridisciplinaire effectuée par le COMAI de Genève. Dans le cadre de celle-ci, notre assurée a été examinée par un médecin psychiatre et par un spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation. Cet examen a fait l'objet d'un rapport extrêmement détaillé; les experts se basent sur des examens complets, tant du point de vue psychiatrique que somatique, ont tenu compte des plaintes exprimées et leurs conclusions sont claires et motivées. Nous remarquons surtout que les experts ont tenu compte de l'ensemble des autres avis au dossier, et ont expliqué les raisons pour lesquelles ils s'en écartaient.

Nous considérons dès lors que cette expertise remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical.

Les rapports des différents médecins consultés par Mme Q. _____ sont quant à eux nettement plus concis, peu détaillés, et ne permettent pas de s'écarter de l'avis des experts.

Ces derniers expliquent d'ailleurs clairement que les avis des médecins-traitants font référence à une période antérieure à l'amélioration de l'état de santé de notre assurée.

(...)

Sur le fond, les experts concluent à l'absence d'atteinte à la santé invalidante d'un point de vue purement somatique, et il n'y a donc

ni limitation fonctionnelle ni diminution de la capacité de travail sur ce plan.

Au plan psychiatrique, le COMAI démontre une amélioration de l'état de santé, le trouble dépressif étant en rémission, et il n'y a ainsi plus aucune atteinte diminuant la capacité de travail.

Les experts diagnostiquent toutefois une fibromyalgie, seule atteinte ayant selon eux une répercussion sur la capacité de travail (...).

En l'occurrence, on peut relever l'absence de comorbidité psychiatrique importante puisque les experts ne retiennent pas d'atteinte psychiatrique invalidante. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie, notre assurée conservant une vie familiale et sociale normale, Il n'y a pas d'affection corporelle chronique en dehors du syndrome douloureux. Enfin, il n'est pas possible de parler d'échec des traitements ni d'état psychique cristallisé puisque l'état de santé de Mme Q._____ s'est amélioré ces dernières années.

En conclusion, sur la base de l'ensemble des éléments relevés ci-dessus, nous considérons que la fibromyalgie dont souffre notre assurée ne peut être considérée comme invalidante au sens de la jurisprudence en la matière.

Mme Q._____ ne présente donc plus aucune atteinte à la santé invalidante, tant somatique que psychiatrique, et le droit à une rente d'invalidité ne se justifie dès lors plus."

C. Par acte du 20 novembre 2008, l'avocat Jean-Marie Agier du Service juridique d'Intégration Handicap, agissant au nom et pour le compte de Q._____, a recouru contre la décision de l'OAI du 24 octobre précédent. Il a conclu à la réforme en ce sens que le versement de la demi-rente d'invalidité doit être poursuivi au-delà du 1^{er} décembre 2008 en raison de l'absence d'amélioration notable dans l'état de santé de l'assurée.

Par déterminations du 16 mars 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile. Satisfaisant en outre aux autres conditions de forme, il est recevable (art. 60 al. 1

LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale 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 administrative à l'entrée en vigueur de ladite 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).

c) Le recours tend à la réforme de la décision de l'OAI du 24 octobre 2008 et au maintien de la demi-rente d'invalidité. La recourante conteste que les conditions d'une révision sont remplies. Elle fait valoir que l'expertise est une appréciation différente de son état de santé et qu'aucune comparaison des situations n'a été effectuée. Elle constate en outre que la seconde enquête ménagère fait état d'un degré d'invalidité de 57 % alors que la première estimait le degré d'invalidité à 52,5 %. Il y aurait donc plutôt une péjoration de son état de santé.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

3. a) Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

b) En l'espèce, pour supprimer le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs J._____ et G._____, respectivement spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation et spécialiste FMH en psychiatrie du COMAI de Genève. Or, la recourante conteste les conclusions de cette expertise en ce qui concerne son état de santé psychique qui, loin de s'améliorer se serait péjoré. Elle se réfère sur ce point à l'avis médical de ses médecins traitants et en particulier à celui de la Dresse H._____, psychiatre traitant.

L'expertise bidisciplinaire du COMAI se fonde sur une étude circonstanciée de tous les points litigieux importants, sur un examen attentif de l'ensemble des avis médicaux précédemment versés au dossier, sur une anamnèse complète, ainsi que sur les examens cliniques effectués par les experts rhumatologue et psychiatre. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les experts exposent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils s'écartent le cas échéant des conclusions des médecins traitants de la recourante. Ainsi, sur le plan purement rhumatologique, les experts indiquent qu'il n'existe pas de pathologie objective ou de

limitation fonctionnelle justifiant une restriction de la capacité de travail de la recourante dans son travail d'aide familiale. Ils expliquent que la recourante présente une vraisemblable fibromyalgie si on tient compte des douleurs chroniques touchant le rachis et les quatre extrémités associées à plus de 11/18 points d'insertionite, d'autant qu'il existe également des critères mineurs tels qu'un état de fatigue, un sommeil non réparateur, des céphalées, des troubles de la concentration et de la mémoire. Cela étant, les experts exposent que, si une partie des symptômes présentés par la recourante pourraient également être le reflet de troubles thymiques dans le cadre d'un état dépressif chronique, l'expert psychiatre estime que le trouble dépressif récurrent que présente la recourante est actuellement en rémission, de sorte que la recourante ne présente plus d'épisode dépressif majeur et que le trouble panique n'est pas sévère. Pour cette raison, il ne retient pas d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Il considère que si le trouble dépressif récurrent sera probablement encore responsable de périodes d'incapacité de travail de façon transitoire, l'état de la recourante ne la rend pas incapable de s'adapter à un environnement professionnel et ne contre-indique pas d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Notant que son appréciation diverge de celle des Drs H._____, D._____ et R._____, qui retiennent un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, le Dr G._____ relève que les évaluations des médecins traitants concernent la période 2004-2005, soit une période particulièrement pénible pour la recourante en raison d'une séparation difficile d'avec son époux et d'une difficulté à affronter une diminution de sa qualité de vie suite à son divorce. Il estime que la symptomatologie de la recourante n'est actuellement plus évocatrice d'un épisode dépressif.

En conclusion, la cour de céans considère que l'expertise bidisciplinaire dont les conclusions sont consignées dans le rapport du 14 août 2007, constitue l'analyse médicale la plus complète et la plus probante de la situation complexe de la recourante.

4. a) Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi 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 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 478 consid. 1b/aa, 113 V 275 consid. 1a et les références).

b) Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en

force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Ce principe est consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 349 s. consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (TFA I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5, I 632/04 du 23 février 2005 consid. 1.2).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 389. consid. 3 et les références), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (TF 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2; du 7 mai 2007 I 907/06 consid. 3.2.1).

5. a) Il convient en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies. L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 28 octobre 2003 en se fondant principalement sur le rapport d'enquête ménagère du 10 octobre 2003 qui, sur la base d'une motivation très succincte, retenait un degré d'invalidité de 52,5 %. Si les rapports médicaux dont disposait l'OAI pour prendre sa décision font certes état de façon concordante d'une atteinte à la santé, les incapacités de travail posées par les médecins traitants de la recourante ne permettent pas de déterminer la mesure dans laquelle les empêchements de la recourante étaient liés à son état de santé ou à celui de son époux (voir notamment le rapport médical du 5 mai 2003 des Drs R. _____ et C. _____ du CPS).

Cela ne suffit toutefois pas pour considérer que les conditions d'une révision ne sont pas réunies dans le cas présent. En effet, il faut constater que, d'un point de vue personnel et économique, la situation de la recourante a évolué, puisque le rapport d'enquête ménagère du 6 octobre 2006 indique que le statut de la recourante est passé de celui de ménagère à 100 % à celui de ménagère à 50 % et d'active à 50 %. En outre, sur le plan médical, si l'expertise bidisciplinaire du 14 août 2007 a confirmé l'existence de la fibromyalgie que présentait la recourante au moment où l'OAI lui a accordé une demi-rente, elle a en revanche infirmé celle d'une comorbidité psychiatrique, le trouble dépressif récurrent étant considéré comme en rémission. Il convient donc d'examiner si les conclusions médicales du rapport d'expertise bidisciplinaire du 14 août 2007 – dont on a vu ci-dessus qu'il avait pleine valeur probante – permettent d'admettre que la situation médicale de la recourante a favorablement évolué et dans une mesure suffisante pour justifier la révision et la suppression de son droit à une rente d'invalidité.

b) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Compte tenu des difficultés, en matière de

preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (131 V 49 cons.1.2, 130 V 352 cons.2.2.2).

Les critères dégagés par le Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, p.354 et 131 V 49, p.50) sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65) et au syndrome chronique de fatigue ou à la neurasthénie (Arrêts du TF non publiés du 14.04.2008, [I 70/07], du 01.10.2009 [9C_543/2009], cons.2.4, du 12.01.2009 [9C_676/2008], cons.4.3.1).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaufhauser/Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, p.64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail susceptible de conduire à une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI (cf. sur ce point Meyer-Blaser, *op.cit.* p.76 ss, spéc. p.81 scf.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de

l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65, cons.4.2 et les références). Dans ce contexte, le diagnostic d'état dépressif (dépression, épisode dépressif etc.) ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé (constituer une comorbidité psychiatrique), dès lors qu'il apparaît comme l'une des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 cons.3.3.1 in fine p.358). On conclura par ailleurs à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 cons.4.2.2 p.71).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 ss cons.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 294 cons.5a; VSI 2000 p.149 cons.3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux considérants ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 cons.2.2.5).

Dans le cas d'espèce, il n'y a pas eu d'expertise au moment de l'octroi de la demi-rente. Peu importe toutefois. Le Tribunal fédéral a en effet considéré que ce n'est que dans l'ATF 132 V 65 (I 336/04 du 8 février 2006) qu'il a jugé qu'une expertise interdisciplinaire tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et psychiques de cette atteinte apparaissait comme la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (consid. 4.3 [p. 72] de l'ATF 132 V 65) et que, par conséquent, on ne saurait reprocher à un office de ne pas avoir demandé l'avis d'un psychiatre au moment de se prononcer avant l'arrêt du Tribunal fédéral susmentionné (TF, 9C_567/2009, arrêt du 23 mars 2010). Cela étant, au moment de l'octroi de la demi-rente en 2003, il était fait état d'un trouble dépressif sévère (rapport du CPS du 5 mai 2003). La seule expertise au dossier (rapport du 14 août 2007) pose le diagnostic de fibromyalgie. Il n'y a toutefois pas ou plus de comorbidité psychiatrique, l'état dépressif étant considéré comme en rémission. En outre, rien dans le dossier ne permet de considérer que les autres critères pour admettre qu'une fibromyalgie est invalidante sont réunis. En conclusion, faute d'atteinte à la santé invalidante du point de vue de l'assurance-invalidité, la révision dans le sens d'une suppression du droit à la rente était justifiée.

6. En définitive, mal fondé, le recours doit être admis et la décision entreprise confirmée.

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr., sont mis à la charge de la recourante. Il n'est pas alloué de dépens.

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

I. Le recours déposé le 20 novembre 2008 par Q._____ est rejeté.

II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 24 octobre 2008 est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat du Service juridique d'Intégration Handicap à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :