

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Thalmann et M. Jomini
Greffière : Mme Pradervand

Dans la cause entre :

B.L._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1, 17 et 28 LAI; art. 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. B.L._____ est née le [...] 1972. A sa naissance, elle présentait une amputation de son bras gauche au niveau de l'extrémité distale de l'humérus. Le 26 mars 1985, elle s'est soumise à une opération de résection de l'extrémité distale de l'humérus gauche pour raccourcissement du moignon osseux. L'assurance-invalidité lui a remis successivement plusieurs prothèses de bras à titre de moyen auxiliaire. Au début de l'adolescence, B.L._____ y a toutefois renoncé. Elle a progressivement appris à utiliser son moignon pour des activités simples : plier le linge, couper de la viande, par exemple, en se servant du bras amputé comme appui ou pince avec le thorax.

Après sa scolarité obligatoire, B.L._____ a entrepris des études à l'école de commerce. Elle a toutefois interrompu cette formation après quelques semaines, puis a commencé un apprentissage de dessinatrice en bâtiment dès le mois d'août 1988 au centre [...] de [...], puis dans un bureau d'architecte privé. Elle a achevé cette formation en 1992 avec l'obtention d'un certificat fédéral de capacité. Le marché du travail étant saturé dans cette branche d'activité, elle a toutefois suivi une nouvelle formation, comme éducatrice spécialisée, dans un premier temps au Centre de formation V._____, à [...], puis à la Fondation J._____, à [...], en cours d'emploi. Elle a achevé cette formation le 31 décembre 1998, puis a travaillé comme éducatrice remplaçante à l'Institution O._____, du 11 janvier au 10 avril 1999, à 80 % en janvier, mars et avril 1999, et à 100 % en février 1999. Pendant une période d'interruption de sa formation d'éducatrice, B.L._____ a également travaillé pendant sept mois à 70 % à la Fondation K._____, à [...] (prise en charge de personnes handicapées mentales).

B. Le 19 octobre 1999, B.L._____ a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité, au motif que son handicap entraînait une fatigue excessive et l'empêchait d'exercer sa profession à plein temps de manière satisfaisante. Son médecin traitant, le Dr X._____, attestait une

incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'éducatrice, l'absence du bras gauche entraînant une fatigue supplémentaire, tant physiologiquement que psychologiquement (rapport du 23 novembre 1999). A l'époque, l'assurée effectuait un remplacement à 25 % à la Fondation J._____ (de septembre à novembre 1999).

Le 2 janvier 2000, B.L._____ a donné naissance à une fille, U.L._____, dont elle s'occupe seule.

Le 5 septembre 2000, le Dr X._____ a établi un nouveau rapport médical à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il y atteste une incapacité de travail de 50 % depuis la fin de l'année 1998, pour une durée indéterminée, dans toute activité professionnelle. Cette incapacité de travail était causée par une dépression nerveuse et le Dr X._____ précisait avoir constaté une aggravation de cette atteinte à la santé lors du dernier contrôle médical le 4 septembre 2000. L'absence du bras gauche n'entraînait pas d'incapacité de travail dans la profession d'éducatrice.

L'OAI a confié au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 10 juin 2001, cosigné avec Z._____, psychologue, celui-ci a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive actuellement en rémission partielle (axe I), personnalité à traits évitants (à défense de type caractériel; axe II), amputation du bras gauche - cervicalgies et lombalgies (axe III). Les experts ajoutaient que l'assurée était mère célibataire, avec des difficultés de couple en 1999-2001 (axe IV). Le trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (en rémission) s'inscrivait dans le contexte de facteurs de stress liés à la naissance d'un enfant en janvier 2000 et à la rupture de l'assurée avec le père de cet enfant. L'assurée semblait toutefois avoir fait le deuil de cette situation grâce au soutien psychologique de son médecin psychiatre, la Dresse M._____, à [...] (consultation bimensuelle depuis deux ans). Aucun appoint pharmacologique notable n'avait été nécessaire. L'atteinte à la santé psychique avait probablement entraîné une diminution de 50 %

de la capacité de travail de l'assurée en 1999 et 2000, mais la capacité de travail était désormais de 80 à 100 %.

Le 8 octobre 2001, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision par laquelle il l'informait du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente. B.L._____ l'a contesté en alléguant souffrir de douleurs dorsales limitant sa capacité à exercer sa profession. Elle a demandé que l'instruction soit complétée par une expertise rhumatologique ou orthopédique.

Par décision du 12 avril 2002, l'OAI a rejeté la demande de rente, en considérant qu'elle présentait une capacité résiduelle de travail de 80 % dans son activité d'éducatrice et, partant, qu'elle ne subissait pas une diminution de sa capacité résiduelle de gain dans une mesure ouvrant droit à une rente.

C. B.L._____ a recouru contre cette décision, le 1^{er} mai 2002. En cours de procédure, elle a produit divers rapports médicaux, notamment un rapport de la Dresse M._____ du 6 mai 2002 attestant la persistance d'une incapacité de travail de 50 %, ainsi qu'un rapport du 10 décembre 2003 de ce même médecin attestant une incapacité de travail totale depuis le 21 août 2003 dans l'activité d'éducatrice, et de 60 % dans toute autre activité professionnelle.

Par jugement du 20 février 2004, notifié le 28 avril suivant, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours de B.L._____ contre la décision de refus de rente du 12 avril 2002.

D. Le 18 mai 2004, la Dresse M._____ a attesté une péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée, en précisant qu'elle présentait une tendance suicidaire et se laissait dépérir en ne s'alimentant plus correctement; elle venait d'être admise à l'Hôpital C._____ en raison d'une baisse importante de son état général et nutritionnel. Le 30 juin 2004, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a proposé de suivre l'appréciation de la

Dresse M._____ et de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale dans toute activité depuis août 2003. Une révision devrait être entreprise dans un délai d'une année.

Par décision du 26 novembre 2004, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité (pour cas pénible) pour la période du 1^{er} novembre 2003 au 31 janvier 2004, puis une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2004. Il a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré et qu'elle avait notamment présenté, depuis le 21 août 2003, une incapacité de travail totale dans toute activité.

E. L'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente en août 2005. Il a adressé une demande de renseignement à la psychologue W._____, qui suivait l'assurée lors des dernières années. Dans un rapport du 27 mars 2006, celle-ci a fait état d'une évolution favorable sur le plan des relations familiales, après de fortes tensions avec le père d'U.L._____ (procédure relative à une mesure de curatelle éducative). La situation était en voie d'apaisement et l'attention pouvait désormais être portée vers le développement d'une certaine activité professionnelle, à mi-temps.

Le 1^{er} septembre 2006, B.L._____ a commencé une activité d'enseignante de branches, à 35 %, pour la Fondation A._____, à [...].

L'OAI a confié au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin d'établir une nouvelle expertise psychiatrique en vue de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Dans un rapport du 3 février 2007, ce médecin a constaté des tendances dysthymiques, une légère anxiété et une personnalité à tendance défensive, qui ne revêtaient toutefois pas l'intensité requise pour établir un diagnostic psychiatrique proprement dit. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée ne présentait donc plus d'incapacité de travail. Toutefois, «si on voulait attribuer les éléments de fatigue et de fatigabilité accrue au registre psychiatrique, faisant en quelque sorte partie de ce que

l'on appelle 'neurasthénie', leur impact sur la capacité de travail de l'assurée ou son rendement ne serait pas plus haut qu'un 20 %».

Par projet de décision du 30 novembre 2007, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il s'apprêtait à supprimer le droit à la rente au motif qu'elle avait recouvré une capacité de travail et de gain de 80 % dans la profession d'éducatrice. B.L._____ a contesté ce projet de décision en demandant la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique ou orthopédique ainsi que l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Elle a par ailleurs allégué avoir été victime d'agressions physiques de la part de pensionnaires de la Fondation A._____ en novembre et décembre 2007, qui l'avaient profondément choquée.

Lors d'un entretien d'une collaboratrice de l'OAI avec le directeur de la section «mineur» de la Fondation A._____, Y._____, celui-ci a exposé que B.L._____ y travaillait comme enseignante, ce qui représentait 27 heures de présence par semaine avec les enfants (9h30 à 35 %). Dès lors qu'elle était au bénéfice d'une formation d'éducatrice et non d'enseignante, son contrat serait prochainement modifié ce qui impliquerait 45 heures de travail par semaine avec les enfants (15h45 à 35 %). Le secteur «mineur» (scolarité spéciale) accueillait des enfants de 4 à 18 ans souffrant de handicap mental, de troubles du comportement et/ou de troubles psychiques. La plupart des enfants étaient également pris en charge au sein du secteur hébergement (internat), en raison d'une autonomie très limitée et d'un besoin d'encadrement majeur (troubles autistiques ou retards mentaux profonds, polyhandicaps lourds). Nombre d'entre eux avaient besoin d'une aide directe pour les gestes de la vie quotidienne (se nourrir, faire sa toilette, WC, se déplacer...) ainsi qu'au niveau de l'encadrement éducatif et thérapeutique. Beaucoup étaient sujets à une forte anxiété, générant une impulsivité et des réactions d'opposition parfois violentes, une agressivité envers eux-mêmes ou envers autrui, qu'il fallait maîtriser physiquement. En fin d'année, B.L._____ avait reçu un coup dans le dos d'un élève de 12 ans, très agité. Elle avait très mal réagi à cet épisode et avait bénéficié d'un débriefing de prévention du stress post-traumatique, puis d'une prise en

charge «psychologique». Elle travaillait depuis lors à un taux d'activité de 25 % (certificat médical établi par son médecin traitant). Elle avait passablement perdu confiance en elle depuis cet épisode, ce qui «ne pardonne pas» pour un éducateur qui doit apporter un cadre et un soutien stables et cohérents. Le poste de travail n'était pas remis en question, mais l'assurée devrait augmenter son temps de travail pour continuer à travailler à 35 %. La perte de confiance et l'incapacité de travail partielle semblaient réactionnelles à l'épisode d'agression récent, et susceptibles de s'améliorer (rapport d'entretien du 14 février 2008).

Le 1^{er} avril 2008, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. B.L. _____ a déclaré à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé, elle travaillerait désormais à 80 %. L'assurée s'occupait seule de sa fille et de son ménage, mais un ami l'aidait en fin de semaine pour les travaux de jardin. L'enquêtrice évaluait à 22 % (22,2 %) la diminution de rendement de l'assurée pour accomplir ses tâches habituelles (rapport du 1^{er} avril 2008).

Le 30 juillet 2008, le Dr N. _____, médecin traitant de l'assurée, a remis à l'OAI un rapport dans lequel il atteste une incapacité de travail de 100 % du 22 au 31 juillet 2008 en raison d'un nouvel épisode d'épuisement avec des troubles de l'humeur consécutifs, de nature dépressive. L'assurée avait repris son activité à 50 % le 1^{er} août 2008. Il est probable qu'un nouveau palier à 80 % serait ensuite nécessaire, dès le 22 août 2008, afin de prévenir une nouvelle rechute.

L'OAI a par la suite mandaté le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, chef de service à la Clinique K. _____, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 18 novembre 2008, ce médecin a posé les diagnostics d'hémimélie gauche congénitale (Q 71.8) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles statiques modérés du rachis (scoliose dorso-lombaire) (M 41.95). Il a constaté une pleine capacité de travail dans l'activité d'éducatrice, pour autant que celle-ci ne comporte pas de contributions physiques (aide directe aux pensionnaires pour les activités quotidiennes) ni de menaces. L'assurée

menait une vie autonome, n'ayant pas besoin de l'aide d'autrui pour ses soins personnels, étant capable d'élever seule sa fille, sans difficulté excessive dans la tenue de son ménage et l'entretien d'un jardin. Elle ne présentait aucun problème de communication; en particulier, l'écriture ou l'utilisation d'un clavier ne posaient pas de problème majeur. De façon générale, elle avait parfaitement assimilé son handicap et les activités physiques de base ne représentaient pas un obstacle. Elle pouvait maintenir une position, se déplacer en marchant ou en conduisant un véhicule. Lors d'une évaluation en ateliers professionnels, une baisse de rendement significative n'avait pas été constatée, sauf pour les activités qui nécessitaient l'utilisation des deux membres supérieurs sans adaptation possible.

Le 16 décembre 2008, le Dr D._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité, a pris position sur le dossier et considéré que les atteintes à la santé dont faisait état le Dr N._____ dans son rapport du 30 juillet 2008 se recoupaient avec les diagnostics posés par le Dr F._____ et ne justifiaient pas une incapacité de travail de longue durée.

Le 27 janvier 2009, l'assurée a contesté les résultats de l'enquête économique sur le ménage et allégué un empêchement de l'ordre de 60 % (58,95 %) dans l'accomplissement de ses activités non lucratives habituelles. Elle a également contesté la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr P._____ et a demandé la mise en oeuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire ainsi que d'une expertise relative à sa capacité à accomplir ses travaux habituels au ménage.

Le 8 juin 2009, une nouvelle enquête économique sur le ménage a été réalisée, au terme de laquelle une incapacité de l'ordre de 33 % (33,3 %) a été constatée dans l'accomplissement des activités habituelles. Par acte du 31 juillet 2009, l'assurée a réitéré ses critiques relatives à l'instruction de la cause; elle a demandé par ailleurs la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle dans une activité adaptée à son handicap.

Par décision du 2 septembre 2009, l'OAI a mis fin au versement de la rente qui avait été allouée à l'assurée, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré qu'elle pouvait désormais exercer à 80 % son activité d'éducatrice, de sorte qu'elle ne subissait plus de diminution de sa capacité de gain. La diminution de rendement de 33 % dans l'accomplissement des tâches non professionnelles habituelles ne permettait pas de constater un taux d'invalidité de 40 % au moins, qui justifierait le maintien de la rente d'invalidité.

Par projet de décision du 22 septembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée son intention de rejeter sa demande de mesures de reclassement professionnel, à l'exception d'une aide au placement. B.L. _____ a contesté ce projet en alléguant que l'activité d'éducatrice n'était pas adaptée à son handicap, en raison notamment des agressions qu'elle risquait de subir sans pouvoir se protéger de manière adéquate. Elle avait d'ailleurs souffert d'un burn-out en 2008 à la suite d'une telle agression.

Par décision du 8 décembre 2009, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles, hormis une aide au placement.

F. Le 7 octobre 2009, B.L. _____ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 2 septembre 2009 mettant fin à la rente d'invalidité dont elle était titulaire. Elle en demande l'annulation et conclut, en substance, au maintien du droit à la rente, sous suite de dépens. Elle demande l'administration d'une expertise médicale pluridisciplinaire ainsi que d'une expertise sur «l'atteinte à l'activité domestique», et requiert son audition et celle de témoins – qu'elle ne nomme pas – sur la portée de son handicap psychique et physiologique, ses conséquences sur sa vie professionnelle et ses activités domestiques. A l'appui de ses conclusions, elle a déposé un rapport établi le 2 octobre 2009 par le Dr N. _____. Celui-ci y expose notamment que le métier d'éducateur s'exerce dans un milieu soumis à de fortes tensions. L'assurée avait présenté un épisode de burn-out en 2008, qu'elle «préparait» depuis

1999 et la séparation d'avec le père de sa fille. La surcharge émotionnelle dans sa vie privée et les tensions professionnelles propres au métier d'éducateur, aggravées par le handicap physique rendant difficile chaque intervention d'urgence auprès des enfants, avaient fait le reste. B.L._____ ne présentait désormais plus le tableau dépressif de 2008, mais n'était pas sortie de burn-out pour autant. La moindre tension lui faisait revivre de fortes réactions neurovégétatives : contraction musculaire surtout localisée au membre supérieur gauche valide, céphalées, dorsalgies, troubles du sommeil, etc. Le temps libre ne suffisait plus pour permettre un rétablissement et le taux d'activité juste tolérable pour éviter les arrêts de travail répétés «tourn[ait] dans l'idéal autour de 14.7 heures (35 %) par semaine au maximum. Chaque tension psychique supplémentaire faisait rechuter l'assurée pour quelques jours. La perspective d'un nouvel emploi comme éducatrice était dès lors contre-indiqué pour elle.

Le 14 décembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours, en produisant un avis établi le 7 décembre 2009 par le Dr D._____, médecin au SMR. La réponse de l'intimée a été communiquée à la recourante, avec son annexe.

G. Le 15 décembre 2009, l'assurée a informé l'OAI d'une péjoration de son état de santé, qui avait conduit à son hospitalisation à la Clinique E._____. Elle présentait une incapacité de travail totale dès le 31 octobre 2009 en raison d'un burn-out. Elle a produit un certificat médical d'incapacité de travail pour la période du 31 octobre au 30 novembre 2009, établi par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint à la Clinique E._____.

H. Le 11 janvier 2010, B.L._____ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 8 décembre 2009 relative aux mesures professionnelles. Elle conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi de mesures de reclassement professionnel de l'assurance-invalidité, sous suite de dépens. A titre de mesure d'instruction, elle demande l'administration d'une expertise médicale pluridisciplinaire et requiert son

audition et celle de témoins sur la portée de son handicap psychique et physiologique, ses conséquences sur sa vie professionnelle et ses activités domestiques. A l'appui de son recours, elle a produit notamment une lettre du 27 novembre 2009 par laquelle elle a résilié les rapports de travail avec la Fondation A._____. Elle a également produit un certificat établi le 4 janvier 2010 et dans lequel le Dr T._____ atteste qu'elle fréquente de façon régulière l'Hôpital de jour de la Clinique E._____, depuis le 12 octobre 2009, en raison d'un burn-out.

Le 4 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et a produit un avis médical établi le 26 février 2010 par le Dr D._____. Cette réponse a été communiquée à la recourante, avec son annexe.

I. Le 13 octobre 2010, la juge en charge de l'instruction des deux recours (cause AI 480/09 pour la procédure de recours contre la décision du 2 septembre 2009; cause AI 13/10 pour la procédure de recours contre la décision du 8 décembre 2009) a informé les parties du fait qu'elle rejetait la demande d'instruction complémentaire présentée par la recourante et qu'un jugement serait notifié dans les meilleurs délais.

J. Le 2 décembre 2010, la recourante a produit un rapport établi le 10 novembre 2010 par le Dr N._____. Celui-ci pose les diagnostics de syndrome anxio-dépressif et d'agénésie du membre supérieur gauche. Un antidépresseur et anxiolytique lui avait été prescrit et elle se présentait à des entretiens psychothérapeutiques auprès du Dr T._____. La situation n'avait pas évolué depuis octobre 2009. Elle avait repris un emploi d'éducatrice spécialisée à 40 % en octobre 2010, mais s'était vite retrouvée devant les mêmes difficultés que précédemment. Elle était en arrêt de travail depuis le 26 octobre 2010.

Le 22 décembre 2010, la recourante a produit un nouveau rapport médical établi le 13 décembre 2010 par le Dr T._____. Celui-ci a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), d'anxiété généralisée (F 41.1) et de personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F 60.30). Il a

exposé que B.L._____ présentait une anomalie congénitale qui entraînait une diminution importante de l'estime de soi. Elle avait une vision d'elle-même assez rigide, se devant de se montrer forte, capable et adéquate envers autrui. En cas d'échec, elle avait tendance à s'effondrer et à se sentir faible et incompétente, ce qui s'avérait très invalidant. Par ailleurs, elle adoptait des comportements défensifs face aux situations de stress professionnel auxquelles elle était confrontée et face aux tâches complexes, ce qui la mettait en difficulté dans ses relations avec sa hiérarchie. Un état clinique dépressif compliquant la situation de l'assurée risquait de s'installer.

K. Les courriers des 2 et 22 décembre 2010 de la recourante ont été communiqués à l'intimé, qui a maintenu ses conclusions, par acte du 17 janvier 2011. L'intimé a produit une nouvelle prise de position établie le 3 janvier 2011 par le Dr D._____, dans laquelle celui-ci remet en cause la valeur probante des pièces produites par la recourante et constate qu'elles ne font pas état de faits nouveaux par rapport à ceux constatés par les experts désignés en procédure administrative.

Le 15 mars 2011, la recourante a présenté ses observations sur la dernière détermination de l'intimé et la prise de position du Dr D._____.

L. En cours de procédure, à la suite d'une nouvelle demande de prestation déposée par l'assurée le 5 mars 2010, l'OAI a mandaté la Policlinique G._____ (ci-après : Policlinique G._____) pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Le 5 août 2011, la recourante a communiqué au tribunal le rapport d'expertise rédigé le 28 juin 2011 par les doctoresses H._____ et I._____, spécialistes en médecine interne, ainsi que par le Dr J._____, psychiatre-psychothérapeute. Ces médecins ont posé les diagnostics d'hémimélie gauche congénitale, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, troubles de la personnalité de type état limite, cervico-scapulalgies gauches non spécifiques, lombalgies chroniques non spécifiques et troubles statiques de la colonne dorso-lombaire. Ils ont attesté une incapacité de travail du 13 octobre 2009

jusqu'à la date de l'expertise, puis une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il convenait d'éviter le travail dans un milieu trop stressant d'un point de vue psychologique, relationnel ou avec des contraintes physiques trop lourdes, qui seraient à même d'engendrer une nouvelle décompensation psychique. En ce sens l'activité d'éducatrice en foyer, avec personnes ayant des troubles du comportement importants, était contre-indiquée.

M. L'expertise de la Policlinique G._____ a été notifiée à l'intimé, qui s'est déterminé le 14 novembre 2011. Cette détermination a été communiquée à la recourante pour information, le 17 novembre 2011.

E n d r o i t :

1. **a)** Les recours dans les cause AI 480/09, concernant la suppression du droit à la rente par décision du 2 septembre 2009, et AI 13/10, portant sur le droit à des mesures de reclassement professionnel par décision du 8 décembre 2009, reposent sur un même complexe de faits et opposent les mêmes parties. Il convient donc de joindre les causes et de statuer par un seul arrêt.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Les deux recours ont été déposés dans le délai légal (art. 95 LPA-VD) et respectent les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant : (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Cette disposition est notamment applicable pour l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI).

b) L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;

b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;

c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Dans l'assurance-invalidité, la diminution ou la suppression de la rente prend effet : (a) au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ou (b) rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (art. 88^{bis} al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29^{bis} RAI). Cette disposition est applicable par analogie lorsqu'après une diminution du montant de la rente en raison d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré, cet état de santé se péjore à nouveau (cf. art. 88a al. 2 RAI).

3. a) L'intimé a considéré, en se fondant principalement sur les expertises réalisées par les docteurs F. _____ et P. _____, que l'état de santé de la recourante s'était amélioré dès 2004 et qu'elle disposait depuis lors d'une capacité de travail de 80 % au moins dans son activité habituelle d'éducatrice. Sans invalidité, elle exercerait une activité lucrative à 80 % et consacrerait le reste de son temps à la tenue de son ménage et à ses tâches éducatives. Elle ne subissait donc aucune perte de gain; quant à l'invalidité dans ses activités non lucratives habituelles, elle était de l'ordre de 33 %. Il en résultait un taux d'invalidité de 7 % (invalidité nulle dans l'activité lucrative * 80 % + invalidité de 33,3 % dans les activités non lucratives habituelles * 20 % = 6,66 %). Ce taux n'ouvrait plus droit à une rente d'invalidité, de sorte que la rente allouée par décision du 26 novembre 2004 devait être supprimée.

La recourante, pour sa part, n'a pas la même lecture de l'expertise établie par le Dr F. _____. Elle fait valoir que ce médecin avait souligné la fragilité de l'équilibre qu'elle avait trouvé entre une activité lucrative à 35 %, telle qu'exercée à l'époque, et ses activités éducatives et ménagères. Sans le dire clairement, elle laisse entendre que la capacité de travail attestée par l'expert faisait référence non pas à une activité lucrative à plein temps, mais à une activité exercée à 35 %. Par ailleurs, la recourante allègue une péjoration de son état de santé, tant sur les plans psychique que somatique, postérieurement aux expertises réalisées par les docteurs F. _____ et P. _____. Elle appuie ses allégations, notamment, sur l'expertise réalisée par les médecins de la Policlinique G. _____ le 28 juin 2011.

Dans sa dernière détermination, l'intimé conteste l'incapacité de travail de 40 % retenue, sur le plan somatique, par les experts de la Policlinique G. _____. Il observe, par ailleurs, qu'en ce qui concerne l'état de santé psychique de la recourante, l'aggravation décrite dans le rapport d'expertise du 28 juin 2011 date du mois d'octobre 2009, de sorte qu'elle est postérieure à la décision de suppression de rente. Il ajoute, concernant d'éventuelles mesures professionnelles, qu'elles n'étaient clairement «pas

encore envisageables» en décembre 2009. Il maintient donc intégralement ses conclusions tendant au rejet du recours.

b) Le Dr F._____ a établi son rapport d'expertise psychiatrique le 3 février 2007. Il a constaté que l'assurée présentait des tendances dysthymiques, une légère anxiété et une personnalité à tendance défensive, en précisant que ces tendances n'avaient pas l'intensité requise pour établir un diagnostic psychiatrique proprement dit (expertise, p. 24 : «Sa sensibilité neurovégétative et personnelle fait partie de son caractère forgé avec le handicap, et peut certainement conduire ici ou là à quelques exacerbations, mais ne présente pas en elle-même une pathologie. Les aspérités de son personnage correspondent aux sensibilités intérieures, certainement un peu accentuées par rapport à une population normale, mais ne sont pas équivalentes de maladie»; p. 25 : «Nous nous trouvons donc sur tous les plans, affectif, de personnalité, neurovégétatif, etc. dans un registre plutôt léger. Ni les tensions, ni la sensibilité accrue, ni l'humeur changeante, ni la fragilité émotionnelle ne sont dans un registre clinique d'importance»). On doit en conclure que du point de vue de l'expert, ces «tendances» n'atteignaient pas, à l'époque de l'expertise, un seuil de morbidité.

Pour leur part, les experts de la Policlinique G._____ ont exposé que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent et des troubles de la personnalité de type état limite. Ces derniers s'étaient formés à partir d'une enfance marquée par un sentiment d'incompétence, avec des parents voulant gommer le handicap de son bras, mais instituant, du coup, le déni de ce handicap. Des premiers échecs scolaires avaient durablement ancré le manque de confiance et le sentiment de frustration qui l'accompagnait. Face à l'autre, l'expertisée éprouvait de la difficulté à se faire entendre, ainsi qu'à se défendre dans les conflits. Cela s'était traduit par une trajectoire professionnelle perturbée par de nombreux conflits et maltraitements divers, qui avaient débouché sur des épisodes dépressifs avérés. A l'anamnèse, il y avait notamment eu une péjoration de l'état de santé psychique en 2009, qui avait été bien décrite notamment par les médecins de la Clinique E._____. Les symptômes

avaient débouché sur une prise en charge adéquate et amené à la conscience de l'assurée des questions essentielles, notamment sur son handicap. Néanmoins, malgré cette prise en charge bien conduite, avec également traitement médicamenteux de la dépression et de l'anxiété, des symptômes dépressifs de degré moyen persistaient. Cet état dépressif, ainsi que les troubles de la personnalité, bien qu'améliorés progressivement depuis fin 2009, rendaient difficiles en eux-mêmes l'exercice d'une activité professionnelle à 100 %, même adaptée. La dernière décompensation psychique avait entraîné des limitations sensibles par la fatigabilité, le découragement, les troubles cognitifs et le débordement affectif. Cela s'était d'ailleurs traduit par l'échec d'une reprise professionnelle à 50 % durant l'automne 2010, dans le contexte d'un conflit avec une supérieure hiérarchique. Cela montrait les faibles ressources adaptatives de l'assurée. L'activité d'éducatrice dans des structures lourdes, avec des personnes présentant des troubles du comportement, ou telle qu'elle a été exercée ces dernières années, n'est pas adaptée sur le plan psychologique et trop difficile à assumer pour l'assurée. Du point de vue des experts de la Policlinique G._____, il serait important qu'elle puisse travailler dans des structures moins lourdes sur le plan psychologique, afin de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, évaluée à 50 % depuis la date de l'expertise. Cette appréciation tient compte de l'évolution progressivement favorable des symptômes thymiques avec le traitement en cours, mais également de la fragilité de l'assurée, liée aux troubles de la personnalité qui ne sont pas modifiables par le traitement. Les experts encouragent, enfin, un projet de reclassement soutenu par l'assurance-invalidité, si le service de réorientation de cette assurance ou son service d'aide au placement devait le juger opportun.

c) Il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts de la Policlinique G._____ relatives à l'état de santé psychique de la recourante et à l'incapacité de travail qu'elle a subi entre octobre 2009 et la date de l'expertise. Ces constatations, qui corroborent celles des médecins de la Clinique E._____, notamment, reposent sur une anamnèse et des examens cliniques complets. Les experts avaient

connaissance du dossier et ont exposé clairement les motifs pour lesquels ils attestaient une incapacité de travail totale dès le mois d'octobre 2009, en raison d'atteintes à la santé psychique. Ils ont étayé leurs diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de troubles de la personnalité de type état limite, ainsi que leur appréciation relative au degré de gravité de ces atteintes et à leur influence sur la capacité de travail de l'assurée en se référant à des circonstances précises de l'anamnèse médicale. Les diagnostics de troubles de la personnalité et d'épisode dépressif récurrent qu'ils ont posés ne sont par ailleurs pas incompatibles avec les constatations du Dr F._____, qui s'est surtout attaché à décrire l'état de santé de l'assurée à l'époque où il réalisait son propre rapport d'expertise. Le Dr F._____ a ainsi mis en évidence certains traits de personnalité ou «tendances» en niant leur caractère pathologique à l'époque, ce qui ne dit rien de leur évolution pour la période postérieure. S'il n'a certes pas mentionné de trouble dépressif récurrent, en rémission en 2007, il n'en a pas moins observé que la recourante présentait une «perturbation anxiodépressive annoncée et décrite depuis 1999» (expertise, p. 21). A l'époque de l'expertise, il n'y avait «plus» de notion d'un état dépressif (expertise, p. 22), ce qui n'exclut pas que la recourante ait présenté des épisodes dépressifs par le passé, comme l'ont constaté les médecins de la Polyclinique G._____. La rente dont la recourante est titulaire, et qui fait l'objet de la décision de suppression du 2 septembre 2009, avait d'ailleurs été allouée en raison d'un état dépressif avec tendances suicidaires, avec une baisse importante de l'état général et nutritionnel de l'assurée.

d) Compte tenu de l'incapacité de travail totale de la recourante dès le mois d'octobre 2009, en raison d'atteintes à sa santé psychique, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail pour la période antérieure, et notamment sur le point de savoir si l'incapacité de travail attestée en 2008 par le médecin traitant de la recourante correspondait déjà un épisode de décompensation psychique à la suite d'un coup reçu par l'un des enfants dont elle s'occupait. En effet, même en admettant que l'amélioration de la capacité de travail constatée notamment par le Dr

F. _____ a perduré jusqu'à la date de la décision, il n'en reste pas moins que la rechute de la recourante lui ouvre à nouveau droit à une rente d'invalidité, sans période d'attente, conformément aux art. 29^{bis} RAI et 88a al. 2, 2ème phrase, RAI. Par conséquent, la décision de révision de rente prise par l'intimé ne saurait entrer en force et prendre effet le premier jour du deuxième mois suivant sa notification, soit le 1^{er} novembre 2009. Il convient donc d'annuler la décision de suppression de rente du 2 septembre 2009, étant précisé que l'intimé devra encore examiner si une nouvelle procédure de révision est justifiée pour la période postérieure et, si oui, à partir de quelle date.

e) En ce qui concerne le droit à une mesure de reclassement professionnel, l'intimé souligne à juste titre, dans sa dernière détermination, du 14 novembre 2011, qu'une telle mesure «n'était pas encore envisageable» à l'époque de la décision litigieuse du 8 décembre 2009. Ce constat, qui repose sur l'incapacité de travail de l'assurée à l'époque, constitue certes une motivation différente de celle exposée à l'appui de la décision en cause. Il n'en est pas moins fondé, de sorte que la décision du 8 décembre 2009 doit être confirmée. Il appartiendra néanmoins à l'intimée de se prononcer à nouveau sur le droit de la recourante à une mesure de reclassement au regard de l'évolution de son état de santé pour la période postérieure.

4. Compte tenu de ce qui précède, la recourante voit ses conclusions admises en tant qu'elles portent sur la décision de suppression de rente du 2 septembre 2009. Elle peut donc prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGa). L'annulation de la décision du 2 septembre 2009 découle certes largement de circonstances qui se sont produites immédiatement après cette décision. Cela ne justifie toutefois pas de statuer différemment sur le sort des dépens, l'intimé ayant encore maintenu tout au long de la procédure ses conclusions tendant au rejet du recours. La recourante ne peut en revanche pas prétendre de dépens pour le recours interjeté contre la décision du 8 décembre 2009, qui est rejeté. Elle encoure des frais de justice pour la procédure relative à ce recours (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

- I. Les causes AI 480/09 et AI 13/10, concernant le recours du 7 octobre 2009 contre la décision du 2 septembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et du 11 janvier 2010 contre la décision du 8 décembre 2009 de cet office, sont jointes.
- II. Le recours interjeté le 7 octobre 2009 par B.L. _____ est admis et la décision du 2 septembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Le recours interjeté le 11 janvier 2010 par B.L. _____ est rejeté et la décision du 8 décembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) pour la procédure de recours contre la décision du 2 septembre 2009.
- V. Les frais judiciaires pour la procédure de recours contre la décision du 8 décembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B.L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales.

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :