

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourante, représentée par M. Frédéric Reymond,
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après : l'assurée), née le 27 septembre 1972, ressortissante du [...], divorcée, travaillait depuis mars 1998 comme [...] à [...]. A partir du 15 septembre 1999, elle a dû réduire son taux d'occupation, jusque-là de 80 %, à 50 %. Le 19 janvier 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 11 février 2000 adressé à l'OAI, le Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en infectiologie, a posé le diagnostic d'infection HIV avec méningite tuberculeuse et a attesté une incapacité de travail de 100 % du 19 juin au 15 septembre 1999, puis de 50 % dès le 16 septembre 1999. Il a indiqué que l'infection HIV, détectée en juin 1995, ne s'était manifestée que par des infections opportunistes mineures jusqu'en juin 1999, quand l'assurée avait dû être hospitalisée au CHUV en raison d'une baisse importante de l'état général avec état fébrile, splénomégalie, suivis de l'apparition de signes méningés. Les investigations avaient permis de documenter une méningite tuberculeuse, survenant dans le contexte d'une infection HIV incontrôlée avec immunosuppression (lymphocytes CD4 267 cellules/mm³) et charge virale élevée (436'719 copies de RNA/ml). Malgré un risque très important d'interaction médicamenteuse entre les médicaments de la quadrithérapie anti-tuberculeuse et ceux de la trithérapie antirétrovirale, l'évolution avait été favorable, permettant la sortie de l'hôpital après plus d'un mois d'hospitalisation. Le traitement anti-tuberculeux avait pris fin le 28 janvier 2000, alors que la trithérapie antirétrovirale était toujours en cours. D'un point de vue infectiologique, la capacité de travail de l'assurée était estimée actuellement à 50 % dans sa profession d' [...], qui restait adéquate malgré les diagnostics infectiologiques. En raison de l'atteinte de l'état général et des conséquences de la trithérapie antirétrovirale, une augmentation de la capacité de travail n'était pas prévisible.

c) Dans un rapport d'examen du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 15 août 2001, le Dr F._____ a considéré qu'il y avait lieu de suivre l'avis du Dr W._____ et de reconnaître une incapacité de travail de 100 % du 19 juin au 15 septembre 1999, puis de 50 % dès le 16 septembre 1999.

Par décision du 15 octobre 2001, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} juin 2000.

d) Dans un rapport médical du 6 octobre 2003 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a indiqué que l'assurée était régulièrement suivie à sa consultation depuis le 10 octobre 1995 pour une infection HIV, la dernière évaluation remontant au 9 septembre 2003. L'infection HIV s'était manifestée par une tuberculose extra-pulmonaire en 1999. Malgré une excellente réponse au traitement spécifique et un contrôle complet de l'infection HIV sous-jacente par la trithérapie, la tuberculose avait récidivé le 26 février 2001, sous la forme d'une méningite tuberculeuse, et le 18 août 2003, sous la forme d'une atteinte pulmonaire, bronchique et ganglionnaire. Une quadrithérapie anti-tuberculeuse était en route depuis lors, ce qui posait d'importants problèmes d'interaction médicamenteuse avec la trithérapie antirétrovirale. Malgré cette situation difficile, l'assurée avait essayé de toujours maintenir son insertion professionnelle à 50 %, ce qui représentait actuellement le maximum de ce que l'on pouvait exiger. En raison des nombreuses récurrences de la tuberculose, il serait probablement nécessaire de prévoir un traitement chronique suppressif, si bien que la capacité de travail ne devrait pas évoluer de façon significative dans les deux prochaines années.

e) Par communication du 5 février 2004, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait de bénéficier d'une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 51 %.

f) Dans un rapport médical du 18 avril 2007 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a indiqué que l'assurée était toujours régulièrement suivie à

sa consultation pour une infection HIV, la dernière évaluation remontant au 17 avril 2007. Depuis la dernière récurrence de la tuberculose extrapulmonaire le 18 août 2003, une prévention secondaire avait été mise en route par l'isoniazide et aucune récurrence n'avait été observée depuis lors. L'hypothèse retenue pour expliquer cette évolution était celle de la persistance d'un « trou immunologique » : la restitution quantitative du compte des lymphocytes CD4 sous l'effet de la trithérapie n'avait pas permis de récupérer une immunité adéquate contre la mycobactérie. Lors de la dernière évaluation, l'infection HIV était cliniquement, immunologiquement et virologiquement parfaitement silencieuse sous une trithérapie par 3TC + tenofovir + nevirapine, bien tolérée. La plainte principale de la patiente était représentée par des douleurs ostéo-articulaires multiples et migrantes, gérées par le médecin traitant, le Dr X._____.

Dans un rapport médical du 14 décembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr X._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'infection HIV compliquée par tuberculose méningée et extraganglionnaire récidivante. Il a précisé qu'il n'avait pas d'informations depuis janvier 2007, mais que la patiente paraissait actuellement stable et sans problème de santé majeur.

g) Dans un rapport médical du 27 avril 2009 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'infection HIV stade C3 selon CDC, existant depuis 1995. Il a indiqué que l'assurée était toujours régulièrement suivie à sa consultation pour une infection HIV, la dernière évaluation remontant au 22 avril 2009. L'infection était initialement très avancée, avec immunodéficience sévère (lymphocytes CD4 134 cell/mm³); elle s'était manifestée cliniquement par une tuberculose méningée, avec récurrence sous une forme ganglionnaire. Depuis la mise sous trithérapie, l'évolution était très favorable sur le plan clinique, immunologique (disparition de la déficience immunitaire) et virologique (charge virale non détectable depuis plusieurs années). D'un point de vue strictement infectiologique, il n'y avait plus de limitation à la capacité de travail, ni limitation fonctionnelle. Dans un rapport du même

jour au Dr X._____, le Dr W._____ a indiqué que lorsqu'il avait vu la patiente le 22 avril 2009, il l'avait informée qu'en présence d'une charge virale non mesurable depuis longtemps et d'une récupération immunitaire, son espérance de vie, de même que sa capacité de travail, correspondait à celle de la population générale.

h) Dans un avis médical SMR du 9 juin 2009, le Dr L._____ a estimé qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr W._____, qui ne retenait plus de limitations de la capacité de travail ni de limitations fonctionnelles depuis fin avril 2009.

B. a) Le 18 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de suppression de rente. Il y exposait qu'il avait instruit son dossier dans le cadre de la révision du droit à la demi-rente (basée sur un degré d'invalidité de 51 %). Or, après examen des nouvelles pièces médicales et plus particulièrement du rapport médical qui lui avait adressé le 27 avril 2009 par le Dr W._____ et de l'avis du SMR, force était de constater que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité actuelle d' [...], qui était adaptée à son état de santé. Par conséquent, la rente d'invalidité serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

b) L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 14 juillet 2009. Elle a fait valoir que le traitement de l'infection HIV était très lourd, qu'au réveil elle n'avait pas d'énergie et avait des tensions ainsi que des douleurs musculaires. Comme elle ne travaillait que quatre heures dans l'après-midi, elle avait le temps de se remettre des effets secondaires du traitement et avait juste l'énergie et la force d'assumer son travail de l'après-midi, mais pas pour travailler à plein temps. Elle demandait dès lors à l'OAI de prolonger le droit à la rente jusqu'à ce qu'elle pût se passer du traitement de l'infection HIV.

Dans un avis médical SMR du 24 août 2009, le Dr L._____ a exposé que le traitement administré ne modifiait pas l'exigibilité et que la

lettre de l'assurée du 14 juillet 2009 ne modifiait pas l'appréciation du SMR du 9 juin 2009.

c) Par décision du 11 septembre 2009, accompagnée d'une lettre explicative du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 juin 2009 et prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision.

C. a) Par acte du 9 octobre 2009, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecin interne et médecin traitant de l'assurée, a demandé une prolongation du délai pour recourir contre cette décision.

Le 14 octobre 2009, le juge instructeur a indiqué que l'acte du 9 octobre 2009 pouvait être interprété comme un recours, mais ne satisfaisait toutefois pas aux conditions de forme posées par la loi; il a dès lors accordé au Dr G._____ un délai au 3 novembre 2009 pour compléter le recours et produire une procuration l'autorisant à procéder au nom de l'assurée.

b) Le 1^{er} novembre 2009, la recourante a produit une lettre du 30 octobre 2009 que lui avait adressée le Dr G._____ et qui expliquait qu'il paraissait inutile, sur le vu des rapports médicaux au dossier, de faire recours plus loin contre la décision de l'OAI. Elle a demandé au Tribunal de la guider dans les recours non payants et de lui accorder un délai supplémentaire.

Par courrier du 4 novembre 2009 à la recourante, le juge instructeur a accordé à celle-ci une ultime prolongation de délai au 16 novembre 2009 pour déposer un complément de recours satisfaisant aux conditions de forme énoncées dans le courrier du 14 octobre 2009 au Dr G._____, sous peine d'irrecevabilité du recours.

c) Le 14 novembre 2009, le Dr G._____, se référant aux courriers du juge instructeur des 14 octobre 2009 et 4 novembre 2009, a produit une procuration l'autorisant à procéder au nom de l'assurée et a

exposé que celle-ci désirait contester la décision de l'OAI du 11 septembre 2009 pour les raisons suivantes :

- « II-Madame Q. _____ présente de nombreux symptômes médicaux qui limitent sa capacité de travail, laquelle est actuellement à 49 % et représente le maximum de ce qu'elle peut effectivement fournir. Ces symptômes sont à son avis entièrement liés à sa maladie et aux effets secondaires du traitement de sa maladie, traitement qui ne peut pas être abandonné ni amélioré. En outre l'évolution de son état de santé, motivant un nouveau bilan spécialisé (en cours) irait plutôt dans le sens d'une dégradation de sa capacité de travail;
- III- La décision définitive de l'AI du 11 septembre 2009 confirmant le projet de décision du 18 juin 2009 se fonde uniquement sur le dossier du Service Médical Régional, et plus particulièrement sur le rapport du Dr W. _____. Or, ce rapport se base sur les valeurs biologiques et ne mentionne pas l'état de santé clinique de Madame Q. _____. Le rapport de son médecin traitant à l'époque se borne à renvoyer l'Office AI au rapport du Dr W. _____;
- (...)
- V- Par ce qui précède, Madame Q. _____ estime que son état de santé réel n'a pas été pris en compte et qu'en cela la décision de l'Office AI du 11 septembre 2009 se base sur des constatations incomplètes.
- VI- Au vu de ce qui précède, Madame Q. _____ fait recours contre la décision de l'Office AI du 11 septembre 2009 et demande que cette décision soit annulée, et que son état de santé réel soit évalué et pris en compte avant une nouvelle décision ».

d) Dans sa réponse du 15 janvier 2010, l'OAI a estimé que la recourante lui reprochait à tort de ne pas avoir suffisamment instruit sa problématique médicale. En effet, il ressortait notamment du rapport médical du 27 avril 2009 du Dr W. _____ qui suivait l'assurée depuis 1995, que celle-ci présentait une évolution très favorable sur le plan clinique, immunologique et virologique depuis le début de son traitement trithérapeutique; ce praticien - qui relevait au demeurant déjà une amélioration de l'état de santé de l'intéressée dans son rapport médical du 18 avril 2007 - concluait que la recourante ne présentait plus d'incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle d'un point de vue infectiologique et il n'y avait pas de raison de remettre en cause cette évaluation médicale. La recourante mettait en exergue la fatigue résultant du traitement qui lui était administré et qui ne lui permettait pas d'exercer une activité à plein temps; toutefois, il était clairement établi qu'elle avait

recupéré une pleine capacité de travail qu'il lui appartenait de mettre en valeur. L'OAI proposait dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par Q._____, dûment représentée par le Dr G._____, contre la décision rendue le 11 septembre 2009 par l'OAI.

La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., s'agissant de la suppression d'une demi-rente d'invalidité, la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la demi-rente d'invalidité allouée à la recourante dès le 1^{er} juin 2000 pouvait être supprimée dès le 1^{er} novembre 2009 en raison d'une amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail, ou si, comme elle le soutient, la rente devait être maintenue au-delà de cette date.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA I_274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

c) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel

changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En principe, l'adaptation des prestations d'assurances sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2; 110 V 10 consid. 2a; TF I_528/06 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro (art. 85 al. 2 RAI); la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI (TF I_528/06 du 3 août 2007, consid. 7.2).

4. a) En l'espèce, il résulte des différents rapports médicaux du Dr W._____, spécialiste FMH en infectiologie, qui suit la recourante depuis le 10 octobre 1995 en raison d'une infection HIV compliquée par une tuberculose récidivante, que d'un point de vue infectiologique, celle-ci a présenté une incapacité de travail, dans son activité habituelle d' [...], de 100 % du 19 juin au 15 septembre 1999, puis de 50 % dès le 16 septembre 1999 (rapport médical du 11 février 2000). Se fondant sur l'avis du Dr W._____, l'OAI, par décision du 15 octobre 2001, a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} juin 2000, soit au terme du délai d'attente d'une année. La capacité de travail de la recourante est ensuite restée inchangée pendant plusieurs années (cf. rapport médical du 6 octobre 2003).

Dans un rapport médical du 18 avril 2007, le Dr W._____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante : depuis la dernière récurrence de la tuberculose extra-pulmonaire le 18 août 2003, une prévention secondaire avait été mise en route par l'isoniazide et aucune récurrence n'avait été observée depuis lors; lors de la dernière évaluation, l'infection HIV était cliniquement, immunologiquement et virologiquement

parfaitement silencieuse sous une trithérapie par 3TC + tenofovir + nevirapine, bien tolérée; la plainte principale de la patiente était représentée par des douleurs ostéo-articulaires multiples et migrantes, gérées par le médecin traitant, le Dr X._____. Ce dernier a indiqué, dans un rapport médical du 14 décembre 2008, que la recourante paraissait actuellement stable et sans problème de santé majeur.

Dans un rapport médical du 27 avril 2009 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'infection HIV stade C3 selon CDC, existant depuis 1995. Il a indiqué que l'assurée était toujours régulièrement suivie à sa consultation pour une infection HIV, la dernière évaluation remontant au 22 avril 2009. L'infection était initialement très avancée, avec immunodéficience sévère (lymphocytes CD4 134 cell/mm³); elle s'était manifestée cliniquement par une tuberculose méningée, avec récurrence sous une forme ganglionnaire. Depuis la mise sous trithérapie, l'évolution était très favorable sur le plan clinique, immunologique (disparition de la déficience immunitaire) et virologique (charge virale non détectable depuis plusieurs années). D'un point de vue strictement infectiologique, il n'y avait plus de limitation à la capacité de travail, ni limitation fonctionnelle.

Dans un rapport du même jour au Dr X._____, le Dr W._____ a indiqué que lorsqu'il avait vu la patiente le 22 avril 2009, il l'avait informée qu'en présence d'une charge virale non mesurable depuis longtemps et d'une récupération immunitaire, son espérance de vie, de même que sa capacité de travail, correspondait à celle de la population générale.

b) Les rapports médicaux du Dr W._____ du 27 avril 2009, émanant d'un spécialiste qui suit la recourante depuis le mois d'octobre 1995, reposent sur une connaissance complète de la situation de l'intéressée sur le plan infectiologique, décrivent clairement le contexte médical et l'évolution de la situation sur le plan infectiologique, et leurs conclusions s'agissant des répercussions de cette situation sur la capacité de travail de la recourante sont claires et parfaitement motivées. Ces

rapports médicaux remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra) et ils permettent à l'administration et au juge de statuer en pleine connaissance de cause en ce qui concerne l'état de santé de la recourante sur le plan infectiologique. En l'absence d'un avis médical contraire faisant état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par le Dr W._____, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions de ce spécialiste, qui conduisent à retenir que la recourante, en présence d'une charge virale non mesurable depuis longtemps et d'une récupération immunitaire, présente d'un point de vue infectiologique une capacité de travail entière depuis fin avril 2009, comme l'a retenu le Dr L._____ dans son avis médical SMR du 9 juin 2009.

Dans son écriture du 14 novembre 2009, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne, ne fait pas état d'éléments objectifs qui mettraient en doute sur le plan médical les constatations et conclusions du Dr W._____, mais relaie, en tant que représentant de la recourante ayant pris fait et cause pour celle-ci, les plaintes de cette dernière. Force est ainsi de constater que sur le plan médical, rien ne permet de s'écarter des conclusions des rapports du Dr W._____ au dossier, ainsi que le Dr G._____ l'expliquait d'ailleurs lui-même dans la lettre qu'il avait adressée le 30 octobre 2009 à sa patiente.

c) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante bénéficie à nouveau depuis fin avril 2009 d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d' [...]. Dès lors que l'amélioration constatée avait duré plus de trois mois au moment où a été rendu la décision litigieuse du 11 septembre 2009, c'est à bon droit que l'autorité intimée a prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. Frédéric Reymond (pour Q. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :