

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 février 2012

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mme Thalmann et M. Perdrix, assesseur  
Greffière   :     Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par CAP Protection juridique SA,  
à Lausanne

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante espagnole au bénéfice d'un permis d'établissement, née le [...] 1950, sans formation, a déposé le 14 juillet 2001 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant un cancer du sein. Il ressort du rapport complété par l'employeur de l'assurée, [...] SA, que celle-ci a travaillé depuis 1989 comme ouvrière à la production dans cette entreprise. Licenciée en octobre 2001, l'assurée n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors.

Dans un rapport du 13 août 2001, la Dresse K. \_\_\_\_\_, oncologue FMH, a posé le diagnostic de status après tumorectomie du sein gauche et curage axillaire pour un carcinome canalaire invasif de stade II effectué en août 2000. Selon ce médecin, les chances de guérison définitive étaient bonnes, une récurrence du cancer du sein n'étant bien sûr pas à exclure. Les douleurs persistantes du membre supérieur gauche rendaient difficile une activité professionnelle de plus de 50% dans l'activité habituelle. Avec un travail physiquement moins pénible, l'augmentation de la capacité de travail était possible.

Le 18 septembre 2002, le Dr L. \_\_\_\_\_, orthopédiste FMH, a posé le diagnostic de lombalgies basses sur mauvaise démarche secondaire à des séquelles de poliomyélite du membre inférieur gauche.

Le 24 octobre 2002, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en maladies respiratoires, a établi un rapport posant les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies majeures sur syndrome post poliomyélite en augmentation et de dépression majeure. Selon ce médecin, il ne pouvait pas être exigé de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité.

Le 21 novembre 2002, le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis janvier 2002, a posé le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité sévère, de trouble de l'anxiété généralisée, d'anxiété de séparation, de personnalité dépendante, de status post carcinome au sein gauche, de tumeur cancéreuse, de stress professionnel et de tumeur cancéreuse chez la fille aînée. Selon ce médecin, l'assurée était dans l'incapacité, à plus de 70%, de reprendre une activité professionnelle, la situation pouvant être réévaluée dans six à huit mois.

Dans un rapport d'examen du 29 janvier 2003, le Dr P.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), a écrit que l'atteinte principale à la santé de l'assurée était l'état dépressif majeur d'intensité sévère avec trouble de l'anxiété généralisée chez une personnalité dépendante. S'ajoutaient des lombosciatalgies majeures sur syndrome post poliomyélitique, ainsi qu'un léger oedème du membre supérieur gauche avec douleurs persistantes invalidantes. Selon le médecin du SMR, la pathologie psychiatrique était sans doute au premier plan et justifiait à elle seule l'incapacité de travail actuelle. Remarquant que le Dr N.\_\_\_\_\_ indiquait que la situation était susceptible de s'améliorer, le Dr P.\_\_\_\_\_ suggérait une révision rapide.

Par décision du 6 mai 2003, l'OAI a retenu que, depuis le 3 août 2000, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte. À l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 3 août 2001, l'incapacité de travail de l'assurée et son incapacité de gain étaient de 50%. Dès le mois de janvier 2002 (soit dès le début du traitement par le Dr N.\_\_\_\_\_), l'incapacité de travail et de gain était de 70%. Le droit de l'assurée à une rente entière était dès lors reconnu dès le 1<sup>er</sup> avril 2002. Cette décision est entrée en force.

**B.** Le 16 mars 2005, l'assurée a rempli un questionnaire en vue de la révision de sa rente, dans lequel elle a écrit que son état de santé était inchangé.

Le 1<sup>er</sup> avril 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ a établi un rapport selon lequel on assistait à une aggravation d'un status post poliomyélite prédominant au membre inférieur gauche avec dorso-lombosciatalgies, la dépression majeure étant toujours présente. L'état de santé de l'assurée s'aggravait et, selon ce médecin, l'incapacité de travail de l'assurée était toujours totale.

Dans un second rapport du 4 avril 2005, ce même médecin a écrit que l'évolution était défavorable sur deux plans : d'abord, au niveau du syndrome post poliomyélite du membre inférieur, qui agissait dans l'axe de la colonne vertébrale en exagérant une cyphoscoliose déjà importante ; ensuite, au plan psychologique, la dépression majeure ne s'améliorait pas, malgré les soins du Dr N.\_\_\_\_\_. Cette dépression était entretenue d'une part par l'aggravation du syndrome post poliomyélite et d'autre part par l'angoisse générée par son propre carcinome du sein et par une anamnèse familiale oncologique riche. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées aux douleurs dorsales. La patiente marchait avec une importante boiterie mais pouvait se déplacer de manière autonome. Par contre, elle ne pouvait se maintenir dans aucune position de manière prolongée, que ce soit couchée, assise ou debout, en raison des importantes douleurs dorso-lombaires liées à la cyphoscoliose. Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, en raison de l'évolution, aucune activité professionnelle ne pouvait être exigible.

Dans un rapport du 14 avril 2005, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a indiqué que, sur le plan oncologique, il n'y avait actuellement aucun signe de récurrence du cancer du sein, mais qu'il existait toujours une douleur du membre supérieur gauche et de la paroi thoracique, rendant difficile un travail physiquement pénible. Une autre activité pouvait "possiblement" être exigée, s'il ne s'agissait pas d'un travail lourd et si le bras gauche était ménagé. Toutefois, l'état dépressif ne rendait aucune autre activité exigible. En effet, ce médecin mentionnait que le licenciement dont l'assurée avait été victime avait entraîné chez elle un état dépressif profond et toujours durable, qui entrait très certainement en ligne de

compte dans sa capacité de travail, qui sinon serait encore probablement à 50%.

Dans un rapport du 4 mai 2005, le Dr N.\_\_\_\_\_ a écrit qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 2 décembre 2003 et a suggéré de procéder à un examen au SMR.

Les 17 octobre et 1<sup>er</sup> novembre 2006, un examen rhumatologique et psychiatrique a été pratiqué au SMR par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Il résulte notamment ce qui suit de leur rapport du 12 décembre 2006 :

#### « **DIAGNOSTICS**

##### **- avec répercussion sur la capacité de travail :**

- Parésie du membre inférieur gauche de type périphérique, sur ancienne poliomyélite. A80.3
- Lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte d'inégalité de longueur des membres inférieurs, hyperlordose, discopathie L5-S1. M54.5
- Cervicalgies chroniques non déficitaires, dans un contexte de discarthrose C5-C6. M54.2
- Aucun sur le plan psychiatrique.

##### **- sans répercussion sur la capacité de travail :**

- Status post tumorectomie du sein gauche et radiothérapie complémentaire.
- Episode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00).

#### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

Ouvrière dans une usine de taille de pierres synthétiques, âgée 56 ans, en incapacité totale depuis août 2000, dans les suites de la mise en évidence et d'un traitement d'une tumeur maligne du sein gauche. L'assurée est capable de reprendre à 50% dans son poste habituel au 01.01.2001, par la suite elle est licenciée en octobre 2001, elle ne reprend pas d'activité professionnelle depuis lors. Mme B.\_\_\_\_\_ est au bénéfice d'une demi-rente AI depuis août 2001 et d'une rente entière depuis avril 2002, l'atteinte à la santé est d'origine mixte, comportant entre autre, un état dépressif réactionnel. L'assurée est vue en examen bi-disciplinaire pour une première révision de sa rente.

Dans le rapport médical de la Dresse K.\_\_\_\_\_, oncologue FMH à [...], d'avril 2005, il est précisé qu'il n'y a pas de récurrence de la tumeur du sein gauche, il persiste une douleur du membre supérieur gauche et de la paroi thoracique rendant difficile un travail physiquement pénible. La Dresse K.\_\_\_\_\_ précise les limitations fonctionnelles : pas de travail physiquement lourd et répétitif en

raison de douleurs résiduelles de la paroi thoracique et du membre supérieur gauche. L'oncologue estime que si le poste avait été encore à disposition, l'assurée aurait pu probablement poursuivre son travail d'ouvrière à 50%, pour autant que ce travail ait pu être allégé physiquement. Le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant, quant à lui estime qu'il persiste une incapacité totale dans l'activité habituelle et même dans une activité adaptée, ceci en raison d'une aggravation d'un syndrome post poliomyélite prédominant au membre inférieur gauche entraînant une cypho-scoliose importante. Il décrit que la patiente marche avec une importante boiterie mais qu'elle peut se déplacer de manière autonome ; elle ne peut se maintenir dans aucune position de manière prolongée, que se soit couchée, assise ou debout en raison d'importantes douleurs dorsolombaires liées à la cypho-scoliose.

Selon Mme B. \_\_\_\_\_, son poste de travail comportait surtout 2 tâches, l'une était le dépôt des barres de fer dans une machine pour soutenir les pierres précieuses, l'autre un contrôle de qualité effectué en station assise au microscope. L'assurée travaillait davantage en station debout qu'assise; le port de charges était en dessous de 5 kg. L'assurée se dit incapable de reprendre cette activité professionnelle, en raison d'une diminution globale de la force, d'une importante fatigue et de rachialgies quotidiennes touchant le rachis cervical et lombaire. Les symptômes ne revêtent pas d'horaire, sont diurnes et nocturnes. La position statique augmente les douleurs, la position debout est tolérée moins de 1 heure, il n'est pas possible de quantifier la tolérance en station assise à l'anamnèse ; en situation, lors de l'entretien, l'assurée tolère sans difficultés 35 minutes de station assise.

Les troubles de la marche se sont, selon Mme B. \_\_\_\_\_, progressivement aggravés au fil des années, ils étaient présents déjà depuis l'enfance, de même que l'inégalité de longueur des membres inférieurs. Les renseignements obtenus lors de l'anamnèse sont incomplets, l'assurée n'arrive pas à préciser depuis quand elle marche moins bien, quelle était la distance de marche antérieure, quelle est-elle actuellement ? ; l'examineur arrive juste à savoir que 30 minutes de marche continue, sans s'arrêter, sont impossibles. L'assurée n'utilise cependant pas de moyens auxiliaires, elle est capable de monter les 2 étages pour se rendre chez elle en se tenant à la rampe. Elle n'a pas revu le Dr L. \_\_\_\_\_ depuis 2002, n'a pas vu de neurologue ni de neurorééducateur.

Suite à l'intervention sur le sein gauche, l'assurée a encore des douleurs mécaniques de la région latéro-thoracique gauche, lors de mouvements du bras. Elle a vu son oncologue la dernière fois en mai 2006, il n'y a pas de signes de récurrence.

A l'examen clinique, nous constatons une assurée en bon état général, avec une pré-obésité, globalement la trophicité musculaire est peu développée, il existe une amyotrophie du membre inférieur droit et une inégalité de longueur du membre inférieur droit, ceci dans les suites de la poliomyélite. A l'intérieur, l'assurée marche avec une vitesse de marche normale, avec une boiterie de Duchenne à gauche, en raison de l'inégalité de longueur des membres inférieurs, il n'y a pas de steppage. Il existe une parésie quadricipitale gauche modérée et dans une moindre mesure une parésie du releveur de la cheville à gauche ; la mobilité de la cheville gauche est limitée par une rétraction du triceps sural. Il existe une discordance lors du testing du quadriceps gauche ; en station couchée, l'assurée n'arrive pas à étendre sa jambe contre

l'apesanteur, en station debout elle est capable de se stabiliser en appui monopodal gauche. Des suites de la poliomyélite, on constate aux membres inférieurs un flexum bilatéral de 15° des genoux, une absence d'extension de la cheville gauche sur rétraction du triceps sural. La poliomyélite n'entraîne pas d'atteinte au niveau des membres supérieurs.

Dans les suites de la tumorectomie du sein gauche, le status local est calme, sans signes de récurrence, la palpation du creux axillaire est sp ; la mise sous tension du muscle pectoral est indolore. Les amplitudes de l'épaule gauche sont conservées, il n'y a pas de signe de capsulite, pas d'œdème au membre supérieur gauche.

Au niveau du rachis cervical, l'assurée est légèrement limitée en extension et en rotation basse à gauche, il existe une contracture paravertébrale cervicale gauche. Il n'y a pas de signe d'irritation radiculaire ni de déficit neurologique aux membres supérieurs. Il n'y a pas non plus d'atteinte tronculaire expliquant les paresthésies des mains ressenties par l'assurée.

L'inégalité de longueur des membres inférieurs entraîne une bascule importante du bassin sur la gauche avec une attitude scoliotique lombaire s'effaçant en flexion du tronc ; la mobilité du tronc en flexion est complète, la mobilité en extension est très restreinte, de l'ordre de quelques degrés, en raison de l'hyperlordose et de l'horizontalisation du sacrum. La palpation du rachis lombaire est indolore, sans contracture paravertébrale. Il n'y a pas de signe de sciatique irritative, pas de déficit neurologique de type radiculaire aux membres inférieurs.

Sur le plan thymique, l'assurée, à quelques reprises, pleure pendant l'entretien et l'examen, se sent diminuée, ceci depuis son enfance, de par les troubles de la marche qu'elle présente. D'une façon globale, l'assurée a tendance à sous-estimer ses possibilités. L'assurée est indépendante pour les soins personnels, elle est capable de se déshabiller en station debout en appui monopodal, sa vitesse de marche à l'intérieur est conservée, elle n'utilise pas de moyens auxiliaires. L'utilisation également des membres supérieurs est symétrique et normale.

La lecture du dossier radiologique montre un pincement discal postérieur en C5-C6 accompagnant une uncarthrose, sans diminution de la taille des trous de conjugaison ; des troubles dégénératifs postérieurs sont présents en C6-C7. Au niveau lombaire, l'horizontalisation du sacrum est importante, la bascule du bassin sur la gauche est mesurée à 3.5 cm, elle entraîne une flexion latérale secondaire de L4-L5, de 12°. Il existe un pincement postérieur en L5-S1, traduisant vraisemblablement une discopathie. Les troubles dégénératifs postérieurs ne sont pas évaluables au vu du cliché qui n'est pas assez pénétré.

Sur le plan psychiatrique, nous sommes en présence d'une personne de 56 ans, d'origine espagnole. Elle a souffert d'une poliomyélite à l'âge de 11 mois avec des séquelles (la jambe gauche a une longueur diminuée de 3,5 cm), séquelles qui ont été à l'origine d'un sentiment de honte pendant l'enfance et à l'adolescence. Relevons en outre que son père aurait été hospitalisé pendant 2 ou 3 ans en milieu psychiatrique alors que l'assurée avait moins de 5 ans. Ceci est cependant à prendre avec circonspection car l'assurée est peu précise à ce sujet et il n'y a jamais eu de confirmation, à sa connaissance. Malgré les conditions et événements défavorables décrits ci-dessus et qui ont terni le développement psycho-affectif, Mme B. \_\_\_\_\_ ne présente pas de personnalité pathologique au

sens de la CIM-10. Un tel diagnostic n'est d'ailleurs évoqué dans aucun des rapports médicaux et plus spécifiquement des rapports psychiatriques à notre disposition.

Dans le rapport médical AI du 21.11.2002 du Dr N. \_\_\_\_\_ figure le diagnostic de personnalité dépendante. Le diagnostic n'est pas étayé par la description d'une symptomatologie correspondante, critères que par ailleurs nous n'avons pas mis en évidence lors de l'examen au SMR. Nous n'avons pas non plus d'indices en faveur d'un fonctionnement soumis et lié à un besoin excessif d'être pris en charge (malgré son handicap, l'assurée a dans le passé, su se montrer autonome dans l'exercice de ses activités professionnelles). A partir de mars 2000, Mme B. \_\_\_\_\_ va avoir des facteurs de stress importants. A cette époque, elle présente une exacerbation des dorsalgies qu'elle présentait depuis de nombreuses années. En août 2000, elle est opérée d'une tumeur maligne au sein gauche, intervention suivie d'une chimio- et radiothérapie ; une suspicion de récurrence est investiguée puis écartée en 2002. En mai 2001, sa fille cadette subit 2 interventions en raison d'un cancer au larynx et elle-même est licenciée en octobre de la même année, licenciement mal vécu en raison d'un sentiment d'injustice suscité par le fait qu'elle estimait s'être beaucoup dévouée à son travail. En mai 2002, son mari présente un infarctus, et en 2003 son frère décède d'un cancer. Plus récemment (2005) 2 interventions dermatologiques (pavillon de l'oreille gauche et côté gauche de la racine du nez) ont eu lieu en raison de probables tumeurs lentement évolutives. Ce dernier événement semble cependant avoir moins marqué et inquiété l'assurée.

Dans ce contexte, elle développe un état dépressif et consulte le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre à [...] en janvier 2002. Un traitement antidépresseur sera mis en place (Seropram® puis Efexor®. Un traitement anxiolytique (Buspar® 10 mg par jour) est également prescrit. Ce dernier médicament a été arrêté d'entente avec le thérapeute, selon l'assurée. La posologie de l'Efexor® a été diminuée à 75 mg par jour. Dans le rapport médical AI du 04.05.2005, le Dr N. \_\_\_\_\_ affirme ne plus avoir revu Mme B. \_\_\_\_\_ depuis le 02.12.2003. Cette dernière explique qu'elle a continué le suivi thérapeutique avec la psychologue (délégation par le Dr N. \_\_\_\_\_), et ceci jusqu'en 2005. Elle arrête au début de l'été 2005 en raison d'une légère amélioration, de coûts à sa charge relativement élevés (10% des honoraires) et parce qu'elle estime que cette prise en soins l'avait aidée. L'assurée a des difficultés à décrire en quoi consistait l'amélioration de l'état dépressif mais elle relève qu'elle voyait «moins les choses en noir».

Mme B. \_\_\_\_\_ a réagi par une dépression sévère à tous les facteurs de stress énumérés ci-dessus. Dans le rapport médical AI du 21.11.2002, le Dr N. \_\_\_\_\_ fait état de la présence d'une dépression d'intensité sévère, et l'assurée a perçu pour des raisons essentiellement psychiatriques, une demi-rente du 01.08.2001 au 31.03.2002 et une rente entière à partir du 01.04.2002. Avec la thérapie cognitivo-comportementale, l'assurée relève une amélioration depuis le mois de juillet 2005.

Actuellement, elle présente une humeur dépressive sous la forme d'une tristesse, une réduction de l'énergie (critères 1 et 3 de B. vérifiés), des pensées autour de la mort ainsi qu'une perturbation du sommeil (critères 3 et 6 de C. vérifiés). Mme B. \_\_\_\_\_ souffre donc d'un épisode dépressif léger.

Le critère 3 de B. est discutable, dans la mesure où l'assurée relève une réduction de l'énergie avant tout physique et qui se manifeste sous la forme d'une fatigue ; cette dernière peut être imputable aux traitements somatiques qu'elle a subis (chimiothérapie, radiothérapie). Parmi les critères potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement psychomoteur, trouble de la concentration, trouble de la mémoire, anxiété déstructurante), la part de la réduction de l'énergie d'origine psychique est trop peu marquée pour être incapacitante. Elle ne se vérifie pas à l'analyse du déroulement du quotidien (présence d'activités variées : promenades, courses légères, lecture, tricot, soins corporels et tâches du quotidien). Toujours à l'étude du déroulement du quotidien, il n'y a pas d'indices en faveur d'une diminution de la volonté (prises d'initiative multiples : l'assurée se force à effectuer les tâches du quotidien malgré sa fatigue). Au cours de l'examen au SMR, nous n'avons pas objectivé de ralentissement psychomoteur. Nous n'avons pas non plus constaté de troubles de la concentration, dans la mesure où Mme B. \_\_\_\_\_ a compris et a été à même de répondre aux questions qui lui étaient posées sans hésitations ou de temps de latence exagéré. Signalons par ailleurs qu'elle effectue le travail administratif (son mari va payer les factures à la poste) et qu'elle s'adonne à la lecture. Ces éléments parlent contre la présence de troubles de la concentration. Nous n'avons pas non plus objectivé de troubles formels de la mémoire à long terme ou à court terme. Les oublis qu'elle mentionne sont banals, et si elle n'a pas toujours pu restituer les dates de son passé lointain, cet aspect n'affecte pas la capacité de travail dans l'activité habituelle (détection de défauts au microscope dans les pierres précieuses ; déplacement des porte-pierres). Enfin, l'anxiété que présente l'assurée est bien présente mais elle n'est pas psychiquement déstructurante (envahissement de l'appareil psychique avec abolition de tout processus de pensée). Les autres éléments (tristesse, idées furtives autour de la mort, troubles du sommeil sporadiques, diminution de la libido) ne sont pas des éléments incapacitants per se.

La diminution de la posologie de l'Efexor® constitue également un indice de l'amélioration de son état.

Dans le rapport médical AI du 21.11.2002 du Dr N. \_\_\_\_\_, figure le diagnostic d'anxiété généralisée. Actuellement, cette affection s'est résolue. Mme B. \_\_\_\_\_ présente une anxiété en lien avec ses problèmes somatiques passés, mais cette anxiété n'est pas accompagnée actuellement par les symptômes typiques de l'anxiété généralisée (tremblements, tension musculaire, transpiration, sensation de «tête vide», étourdissements, gêne épigastrique). L'arrêt du Buspar® (médicament de choix pour l'anxiété généralisée) parle en faveur du fait que ce diagnostic ne peut plus être retenu actuellement.

Mme B. \_\_\_\_\_ décrit avec une insistance dramatique les événements qu'elle a subis, mais en substance il n'y a pas actuellement d'éléments limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle, telle que nous l'avons vu ci-dessus. Elle-même décrit une amélioration depuis juillet 2005, amélioration qui a persisté jusqu'à ce jour. Nous retiendrons donc la date du 01.07.2005 comme celle où la capacité de travail a été recouvrée. L'anamnèse n'est pas assez précise pour déterminer une période de capacité de travail partielle recouvrée avant cette date.

**Limitations fonctionnelles**

*Rachis lombaire* : port de charges au-delà de 9 kg, mouvements de flexion-extension répétés du tronc, position en porte-à-faux : position statique debout au-delà de 30 minutes, assise au-delà de 1 heure.

*Rachis cervical* : mouvements répétés de flexion-extension du rachis cervical, attitude prolongée en extension de la nuque.

*Parésie du membre inférieur gauche sur ancienne poliomyélite* : marche en terrain instable, montée-descente répétée d'escaliers, travail prolongé en station debout au-delà de 30 minutes ; station accroupie, périmètre de marche sans s'arrêter supérieur à 500 m. Aucune sur le plan psychiatrique.

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

Incapacité totale depuis août 2000, incapacité de 50% dans l'activité habituelle depuis janvier 2001, incapacité totale depuis le 03.04.2002, en se basant sur le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, orthopédiste.

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

Dans l'activité habituelle décrite par l'assurée, l'incapacité reste totale, les difficultés rencontrées en station debout prolongée, les troubles de la marche, en relation avec la parésie du membre inférieur gauche et les troubles dégénératifs du rachis lombaire, ne permettent pas de reprendre l'ancienne activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, la pleine capacité de travail a été recouvrée à partir du 01.07.2005.

**Concernant la capacité de travail exigible,**

Elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire et la tolérance du membre inférieur gauche aux contraintes mécaniques. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est de 50%, cela avait déjà été relevé par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans sa prise en charge en 2002.

L'examen de ce jour est dans les grandes lignes, superposable à celui du Dr L.\_\_\_\_\_, ne montrant pas d'aggravation conséquente de l'état de santé. Il n'y a en particulier pas de péjoration de la parésie du membre inférieur gauche. Comme le décrivait également le Dr L.\_\_\_\_\_, la mobilité en flexion du rachis lombaire est bonne, sans syndrome rachidien. Il n'y a pas non plus de signe de sciatique ni de déficit neurologique aux membres inférieurs d'ordre radiculaire.

Comme décrit plus haut, l'assurée sous-estime ses capacités, elle capable d'effectuer une bonne partie de son ménage, elle est indépendante pour les soins personnels, elle marche plusieurs centaines de mètres sans moyens auxiliaires. L'état de santé constaté ce jour, les éléments du dossier, ne permettent pas de justifier une incapacité totale dans une activité physique adaptée.

En ce que qui concerne le status post tumorectomie et radiothérapie du sein gauche, l'évolution a été favorable, il n'y a pas de signes de récurrence, l'assurée a récupéré une fonction normale de son membre supérieur gauche. Au status local, la fonction du membre supérieur gauche objectivée ne justifie pas une incapacité de travail même dans l'ancienne activité.

Sur le plan strictement psychiatrique, elle est totale dans les activités exercées jusqu'ici (femme de chambre ; contrôle de la pureté des pierres au microscope et déplacement des porte-pierres), comme dans une autre activité.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE :

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0%.

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 50%.

DEPUIS : SEPTEMBRE 2002, FIN DE LA PRISE EN CHARGE PAR LE DR L. \_\_\_\_\_ R »

Dans un avis du 19 décembre 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ a écrit que, anamnestiquement, l'état dépressif traité depuis 2002 s'était amélioré sensiblement depuis juillet 2005. Selon ce médecin, l'assurée présentait actuellement une humeur dépressive correspondant à un épisode dépressif léger. Il n'y avait plus de symptôme d'une anxiété généralisée invalidante et l'ensemble du tableau psychiatrique ne justifiait plus d'incapacité de travail. Les limitations fonctionnelles à prendre en considération étaient donc exclusivement somatiques. Compte tenu de la description de son ancien poste de travail, ce médecin a estimé que l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité, mais qu'une activité adaptée restait exigible à 50% depuis juillet 2005 en tout cas.

Le dossier de l'assurée étant resté en suspens depuis l'avis du SMR de décembre 2006, de nouveaux rapports ont été demandés aux différents médecins en 2008.

Dans un rapport du 22 décembre 2008, le Dr N. \_\_\_\_\_ a mentionné comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur de gravité sévère, un trouble de l'anxiété généralisée, une anxiété de séparation et une personnalité dépendante, précisant qu'il n'avait plus revu l'assurée à sa consultation depuis le 29 juillet 2005.

Le 8 juillet 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_, généraliste, a rempli un rapport selon lequel il ne constatait pas d'amélioration et que l'assurée souffrait d'asthénie chronique, d'un état anxio-dépressif, de tolérance basse à l'effort, de douleurs vertébrales et de parésie du membre inférieur

gauche avec une boiterie à la marche. La capacité de travail était nulle dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 20 juillet 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait depuis 2004, les diagnostics avec effets sur la capacité de travail étant ceux de syndrome post poliomyélite et de dépression majeure, et que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Le 12 août 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ a établi un nouvel avis, selon lequel la situation ne semblait pas s'être modifiée significativement depuis l'avis SMR de décembre 2006.

Dans un rapport final du 10 novembre 2009, il est indiqué que le préjudice économique de l'assurée devait être calculé en 2005, puisque selon le rapport SMR du 19 décembre 2006, une activité adaptée était exigible depuis juillet 2005.

Dans un projet d'acceptation de rente du 10 novembre 2009, l'OAI a retenu qu'il résultait de l'instruction médicale qu'à partir de juillet 2005, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 9 kg, pas de mouvement de flexion-extension répétée du tronc, pas de position en porte-à-faux, pas de position statique debout au-delà de trente minutes et assise au-delà de une heure, pas de mouvements répétés de flexion-extension du rachis cervical, pas d'attitude prolongée en extension de la nuque, pas de marche en terrain instable, pas de montée-descente répétée d'escaliers, pas de station accroupie. Dès lors, se fondant sur une approche théorique et sur les chiffres de l'année 2005, l'OAI arrivait, compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité, à taux d'invalidité de 50,87% ne donnant plus droit qu'à une demi-rente.

Le 25 novembre 2009, l'assurée a contesté ce projet de décision. Alléguant une dégradation de son syndrome post poliomyélite et

un état dépressif inchangé, elle a demandé à être soumise à une expertise neurologique. Elle a également produit une attestation de Dr J. \_\_\_\_\_ du 20 novembre 2009, qui se disait très surpris que la décision de l'OAI ne se base que sur l'expertise psychiatrique, alors même que sa patiente souffrait d'un syndrome post poliomyélite en évolution défavorable.

Par décision du 24 décembre 2009 de contenu identique au projet du 10 novembre 2009, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité de l'assurée n'était plus, dès le mois de juillet 2005, que de 50,87%, ce qui ne lui donnait désormais plus droit qu'à une demi-rente d'invalidité, la réduction étant effective dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision, selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI.

**C.** Par acte du 28 janvier 2010, B. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de CAP Protection juridique SA, a interjeté recours contre la décision du 24 décembre 2009, concluant avec suite de frais et dépens principalement à son annulation, en ce sens qu'elle continue à bénéficier d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise neurologique et psychiatrique et nouvelle décision. A l'appui de son recours, elle allègue que l'expertise du SMR est incomplète, car les experts ont omis de constater l'existence du syndrome post poliomyélite, par ailleurs en évolution défavorable. Elle explique qu'elle a séjourné dans le service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du [...] du 15 au 22 décembre 2006 en raison d'asthénie et de douleurs multiples, et qu'elle a ensuite été adressée au service de neurologie pour des examens complémentaires, qui ont démontré l'existence d'un syndrome post poliomyélite avec atteinte progressive. Son moral a été gravement affecté par les douleurs et les limitations physiques, de sorte qu'un traitement anti-dépresseur a été préconisé. Subsidiairement, la recourante conteste la réduction de 10% effectuée sur son revenu d'invalidé, qu'elle estime trop basse, et demande qu'elle soit portée à 20%. Elle requiert par ailleurs la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique. Le 9 février 2010, elle a produit un rapport établi le 28 janvier 2010 par le Dr

S.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du [...], qui pose notamment les diagnostics de syndrome post poliomyélitique dès décembre 2006 et de dépression majeure en décembre 2006.

Par réponse du 20 avril 2010, l'intimé, se ralliant à un avis du Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR du 8 avril 2010, a suggéré la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neurologique.

Une expertise judiciaire a été ordonnée et a été exécutée par les Drs Z.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et C.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, qui ont rendu leur rapport le 9 juin 2011. Il en résulte notamment que la recourante a été hospitalisée dans le service de rhumatologie du [...] du 15 au 22 décembre 2006 pour une asthénie et des douleurs multiples, le diagnostic principal étant celui de syndrome post poliomyélite modéré probable. Pour le surplus, le rapport des experts a notamment la teneur suivante :

**« 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)**

*4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?*

Au plan neurologique, syndrome post poliomyélite progressive aux MI dans le cadre d'une poliomyélite dans la petite enfance, avec atteinte parétique prédominante au MIG.

Douleurs rachidiennes à prédominance lombaire, avec syndrome lombo-vertébral associé à un raccourcissement du MIG et bascule du bassin.

Au plan psychiatrique, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique F32.10, probablement depuis janvier 2002 (cf rapport Dr L.\_\_\_\_\_ et rapport psychiatrique Dr N.\_\_\_\_\_ qui fait état d'un état dépressif sévère en novembre 2002 avec incapacité de travail de 70 % dès janvier 2002).

*4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?*

Au plan neurologique, dysesthésies latéro-thoraciques et de l'aisselle G après intervention pour cancer du sein.

Aucun, sur le plan psychiatrique.

**5. Appréciation du cas et pronostic**

Au plan neurologique, l'expertisée présente non seulement des séquelles anciennes d'une poliomyélite ayant touché essentiellement la fonction motrice du MIG, mais un syndrome post-poliomyélite apparu progressivement depuis au moins une dizaine d'années, avec accentuation de cette parésie, touchant également le MID, bien qu'à un moindre degré, avec fatigabilité progressive

associée. Bien que lentement évolutif, ce tableau décompense également progressivement la statique rachidienne, déjà compromise par un raccourcissement de 4 cm du MIG après sa poliomyélite infantile, avec comme conséquence des douleurs rachidiennes marquées prédominant au niveau lombaire où existe un syndrome lombo vertébral marqué, rendant impossible le port de charges, même mineures, ainsi que les maintiens prolongés (au-delà de 30 minutes environ) dans la position debout ou assise.

Neurologiquement, le pronostic est à considérer comme lentement défavorable, dans le cadre progressif du syndrome post-poliomyélite ou la parésie des MI peut encore s'accroître, avec accentuation en parallèle de la fatigabilité musculaire.

Sur le plan d'une activité professionnelle, il est clair qu'une activité d'ouvrière, notamment dans l'ancienne profession, de transport et de contrôle de pierres précieuses, est totalement impossible. Nous ne voyons pas non plus comment une activité professionnelle adaptée pourrait être raisonnablement exigée chez cette patiente, vu la parésie et la fatigabilité progressive des MI associée au syndrome douloureux rachidien, limitant le port de charges même mineures, ainsi que le maintien dans des positions fonctionnelles prolongées.

Sur un plan strictement neurologique, comme la patiente l'indique elle-même, on pourrait théoriquement considérer une activité adaptée de classement de documents en position assise, à condition que la patiente puisse se lever et changer de position, toutes les demi-heures, sans aucun port de charges, mais avec une probable diminution très significative du rendement. En raison de la fatigabilité et d'une interférence de l'activité à la fluctuation des douleurs rachidiennes dans le contexte neurologique évolutif de la patiente, la recherche d'une telle activité professionnelle est tout à fait illusoire.

Au plan psychiatrique, Madame B. \_\_\_\_\_ est une femme de 61 ans qui a fait une infection poliomyélitique à l'âge de 11 mois et qui a grandi dans un contexte familial difficile. Elle a toujours cherché à compenser ses difficultés physiques par un investissement personnel important et une dépense d'énergie psychique accrue.

En Suisse depuis 1971, Madame B. \_\_\_\_\_ a fait face à un cumul de situations difficiles, personnelles et familiales, entre 2000 et 2005 avec notamment un cancer du sein qui lui a laissé des séquelles au bras gauche.

Elle a présenté un épisode dépressif pour lequel elle a été traitée entre 2002 et 2005.

Dans le cadre d'un épisode post-poliomyélitique, elle a présenté dès 2005 de nouvelles limitations physiques, qui ont généré une dégradation de son état d'humeur.

Madame B. \_\_\_\_\_ ne s'est jamais complètement rétablie sur le plan de l'humeur depuis 2002. Elle a toujours présenté une humeur dépressive en rapport avec son incapacité à accepter la perte définitive de sa capacité de fonctionner comme tout le monde. Personnalité battante et active, elle est devenue sensible, vulnérable, gardant une mauvaise estime d'elle.

Elle est évaluée par le SMR en 2006 et est jugée apte à reprendre une activité adaptée à un taux de 50 %.

Selon notre investigation, ses aptitudes tant physiques que psychiques n'ont plus été suffisantes pour rendre plausible une telle reprise d'activité à temps partiel dès 2006.

Relevons ici que sur le plan psychiatrique, le rapport du SMR fait état chez l'expertisée d'une tristesse en permanence, de pleurs fréquents, d'une fatigue et d'une diminution de l'énergie. Les experts font mention d'une baisse de la libido, de plaintes concernant la concentration et la mémoire. Il s'agit d'une symptomatologie dépressive classique. L'état dépressif à cette époque est par ailleurs confirmé par le médecin traitant,

Les experts du SMR décrivent par contre qu'elle apprécie diverses activités et signalent que Madame B. \_\_\_\_\_ n'a pas de diminution de la confiance en elle. L'appétit est conservé. (pages 4 et 5 du rapport SMR). Au status psychiatrique (page 6 du rapport SMR), il y a peu d'éléments psychopathologiques. Les experts font état d'une personne authentique et collaborante.

Les experts rapportent une insistance dramatisante chez l'expertisée, attitude qui semble à l'inverse de celle que Madame B. \_\_\_\_\_ adopte habituellement, puisqu'elle est plutôt décrite par ses médecins traitants comme une personne volontaire et dynamique, qui cherche à aller de l'avant et qui veut donner une bonne image d'elle. Nous confirmons cette appréciation du profil de l'expertisée.

A notre avis, et tenant compte des indications fournies par l'expertisée, de l'évolution de son état de santé dans sa globalité et des prises de position écrites et orales des médecins traitants, les ressources résiduelles de Madame B. \_\_\_\_\_ ont probablement été surestimées lors de l'examen au SMR, précisément parce que l'expertisée ne livre que difficilement ses failles.

Il nous paraît peu plausible d'affirmer que l'état psychique perturbé par un état dépressif en 2006 n'ait pas eu, dans le cas de Madame B. \_\_\_\_\_, de répercussion sur la capacité de travail résiduelle.

## **B. Influence sur la capacité de travail**

### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique, au plan psychique et mental au plan social*

L'expertisée présente une parésie avec fatigabilité des MI prédominant à G, associée à un syndrome de fatigue plus général, et des douleurs rachidiennes cervico-lombaires la forçant à changer de position fréquemment lorsqu'elle est debout ou assise.

Au plan psychique et mental, elle présente une perte de confiance en soi, une mauvaise estime d'elle, une fatigue et une fatigabilité, une labilité émotionnelle et une irritabilité, une intolérance au stress. Sa capacité de concentration est diminuée et il existe une perte de l'énergie vitale.

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

#### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?*

Ils limitent totalement la reprise de l'activité professionnelle comme ouvrière en taille de pierres précieuses, dans le cadre de la description des activités liées à ce travail.

Au plan psychiatrique, le rendement est diminué, avec une diminution de la tolérance au stress et à la pression de rendement (rapidité et performance).

#### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

A notre avis, il n'existe plus de capacité de travail résiduelle.

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

Non

[...]

*2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*

Il est difficile rétrospectivement d'être précis sur plusieurs années concernant ce point, mais au plan neurologique on peut estimer qu'il existe une limitation d'au moins 20 % depuis une dizaine d'années.

Au plan psychiatrique, il existe un état dépressif depuis 2002 impliquant une incapacité de travail complète durant plusieurs années.

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

Au plan neurologique, dégradation progressive depuis lors.

Au plan psychiatrique pur, l'expertisée a probablement retrouvé une capacité de travail de 50% à fin 2005. L'état dépressif s'est progressivement stabilisé, mais aussi chronifié. Une diminution significative de la capacité de travail de l'ordre de 50% a persisté, en rapport avec l'incapacité psychique d'assimiler la perte de ses moyens sur le plan physique.

### **Influences sur la réadaptation professionnelle**

*1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai? Si non, pour quelles raisons?*

Comme indiqué plus haut, en théorie, on pourrait concevoir une activité professionnelle sédentaire, mais où l'expertisée peut changer de position fréquemment et où aucun travail lourd, notamment pour porter, n'est requis sur un plan neurologique.

Sur un plan neurologique, une telle activité professionnelle, par exemple dans certains travaux de classement de documents légers, pourrait être effectuée actuellement en théorie à 100% sur le plan des horaires, mais avec une diminution importante du rendement, de l'ordre de 50%. Par ailleurs, cette éventualité paraît théorique sur un plan neurologique et ne nous semble pas pouvoir correspondre à une réalité pratique.

Sur le plan psychiatrique, il y a lieu d'ajouter une diminution du rendement de 50% en rapport avec la symptomatologie dépressive encore marquée.

Globalement et concrètement, l'expertisée n'a donc plus de capacité de travail exploitable sur le plan économique.

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

*2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

Non, la situation de l'affection neurologique dont souffre la patiente étant lentement progressive, sans amélioration en perspective.

Au plan psychiatrique, un traitement médicamenteux et psychothérapeutique durant trois ans n'a pas apporté d'amélioration suffisante et la dépression paraît actuellement chronifiée, sans amélioration probable.

[...]

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

*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 ?*

A notre avis, il n'est pas possible d'envisager d'activité professionnelle adaptée chez l'expertisée, selon les éléments mentionnés sous le point C1., au plan neurologique, et par ailleurs dans le cadre des éléments déterminés par l'évaluation psychiatrique. »

Dans un premier temps, la recourante, par son conseil, a déclaré ne pas avoir de remarques à faire en relation avec l'expertise et a joint un rapport établi le 14 juillet 2011 par le Dr J.\_\_\_\_\_. Celui-ci partage totalement les constatations et les conclusions des deux experts. Il précise que la dégradation de l'état de santé de la recourante est évidente depuis 2005 en tout cas mais remonte peut-être à une date antérieure.

Le 15 août 2011, l'OAI a produit un avis du Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR du 18 juillet 2011, auquel il a déclaré se rallier. On peut lire dans cet avis que l'expertise ne suscite que peu de commentaires. Le Dr P.\_\_\_\_\_ remarque que le Dr C.\_\_\_\_\_ détermine sur le plan neurologique un taux d'activité à 100% sur le plan des horaires, avec une diminution de rendement de 50%. La considération selon laquelle cette éventualité ne semble pas pouvoir correspondre à la réalité pratique ne relève pas, selon le Dr P.\_\_\_\_\_, du domaine médical. Le médecin du SMR retient donc une capacité de travail résiduelle médicothéorique de 50% dans une activité adaptée, à traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. Sur le plan psychiatrique, il remarque que les experts ont retenu que l'assurée avait probablement retrouvé une capacité de travail de 50% à fin 2005. Or les incapacités ne doivent pas s'ajouter l'une à l'autre. Il convient donc de retenir une incapacité de travail de 50% pour des raisons neurologiques et psychiatriques.

Se déterminant le 14 septembre 2011 sur ce point, la recourante affirme qu'il résulte de l'expertise qu'elle présente deux atteintes différentes et que ces deux atteintes provoquent des incapacités de travail séparément l'une de l'autre. La recourante a encore produit des

certificats médicaux établis par le Dr J.\_\_\_\_\_, selon lequel l'incapacité de travail est totale, notamment pour des raisons liées à l'état dépressif.

Par déterminations des 21 septembre et 6 octobre 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 et 58 LPGA, 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.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique 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).

**b)** Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu des feries de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, et satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, dans le cadre d'une révision de la décision du 6 mai 2003, qui lui reconnaissait le droit à une rente entière.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir qu'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. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

**b)** Aux termes de 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 (al. 1). De même, toute

prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5b ; 125 V 368, consid. 2 ; 112 V 371, consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371, consid. 2b ; 112 V 387, consid. 1b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 ; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1, avec références citées).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, 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 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — 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, 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). 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 ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il

convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 ; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2 ; 9C\_986/2008 du 29 mai 2009, consid. 4.2).

**4.** En l'occurrence, une rente entière a été octroyée à la recourante en 2003, notamment sur la base du rapport du Dr N.\_\_\_\_\_, alors psychiatre traitant, qui avait posé notamment le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité sévère. A cette époque, le syndrome post poliomyélitique était secondaire, selon l'avis du 29 janvier 2003 du Dr P.\_\_\_\_\_.

La procédure de révision a été initiée en 2005. Selon les rapports du Dr J.\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée s'aggravait, notamment sur le plan somatique. Ce médecin a également indiqué que,

malgré les soins du Dr N.\_\_\_\_\_, la dépression majeure ne s'améliorait pas non plus. La Dresse K.\_\_\_\_\_, oncologue, était aussi d'avis que l'état de santé de la recourante ne s'améliorait pas sur le plan psychique, en raison de la dépression. À cet égard, il convient toutefois de noter une incohérence résultant du rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, puisque celui-ci écrit que, malgré les soins du Dr N.\_\_\_\_\_, l'état dépressif de la recourante ne s'améliorait pas, alors que dans un rapport de mai 2005, le Dr N.\_\_\_\_\_ lui-même écrit ne plus avoir revu la recourante depuis décembre 2003.

Un examen rhumatologique et psychiatrique a été pratiqué au SMR. Il est toutefois difficile de déterminer, sur le plan somatique, si la situation de la recourante a évolué favorablement ou défavorablement. Il est néanmoins certain que les médecins du SMR admettent, contrairement au médecin traitant - qui n'est pas psychiatre - une amélioration de l'état de la recourante, fondée notamment sur l'arrêt de la consultation de la psychologue en été 2005 et sur la diminution de la posologie de l'Efexor, outre les éléments cliniques.

Quant aux diagnostics figurant dans le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2008, ils ne paraissent pas déterminants, puisque ce médecin n'a plus revu la recourante depuis juillet 2005. En bref, en se fondant sur le rapport du SMR, on constate une amélioration de l'état de santé de la recourante, du moins sur le plan psychique. Quant à l'expertise judiciaire, elle fait aussi état de progrès sur le plan psychiatrique, puisque le diagnostic posé est celui d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Sur le plan neurologique, il semblerait néanmoins qu'il y ait eu une aggravation, dans le cadre du syndrome post poliomyélitique. Cela étant, les experts écrivent que, sur le plan psychiatrique, l'expertisée a retrouvé une capacité travail de 50% à fin 2005. Sur le plan neurologique, ils aboutissent à la conclusion que, dans une activité adaptée, la recourante pourrait théoriquement travailler à 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 50%. Les experts en déduisent que les incapacités de travail s'additionnent et qu'ainsi, la recourante n'a plus aucune capacité travail. Cette manière de faire est toutefois erronée. En effet, selon la jurisprudence, le taux de l'incapacité

de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (TFA I 131/03 du 22 mars 2004). Force est donc de constater que, sur le plan psychique, la situation paraît s'être améliorée et qu'une capacité de travail devrait être reconnue à la recourante, contrairement à ce qui prévalait au moment de la décision initiale.

**5.** Cela étant, au moment de la décision querellée, soit le 24 décembre 2009, la recourante était âgée de 59 ans et demi.

**a)** D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de cette assurance, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22, consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TFA I 750/04 du 5 avril 2006, consid. 5.3 ; I 11/00 du 22 août 2001, consid. 5a/bb).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes

du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2 ; 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées ; 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible

des rapports de travail (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2 ; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 ; TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (TF 9C\_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2 ; 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2, et, implicitement, 9C\_835/2009 du 27 mai 2010, consid. 4.2), il apparaît que le moment déterminant pour procéder à l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite n'a pas encore été fixé (moment de la naissance éventuelle du droit à la rente ou moment de la décision litigieuse).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008). Ce dernier arrêt concernant un homme, on peut supposer que ce seuil devrait être légèrement plus bas s'agissant d'une femme.

**b)** Dans le cas particulier, la recourante n'a plus travaillé depuis 2001. Dès 2002, l'intimé lui a d'ailleurs reconnu une incapacité totale de travail. Il ressort de l'anamnèse personnelle et professionnelle tant de l'expertise effectuée au SMR que de celle effectuée par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ que, avant son atteinte à la santé, la recourante avait travaillé 12 ans dans la même entreprise et n'avait auparavant pas exercé d'activité professionnelle durant sept ans, pour s'occuper de ses filles. Encore auparavant, elle était femme de chambre. Il est également constant que l'activité qu'elle exerçait chez son dernier employeur n'est plus adaptée. De ce fait, la recourante devrait trouver une nouvelle activité. Or, compte tenu de ses importantes limitations fonctionnelles, de son évidente inexpérience dans une nouvelle activité puisqu'elle devrait travailler dans un nouveau domaine (à cet égard, il convient de remarquer que l'intimé n'indique absolument pas quel pourrait être ce nouveau domaine d'activité), de son absence du marché du travail pendant huit ans sans qu'il s'agisse de mauvaise volonté de sa part, l'intimé lui-même lui ayant reconnu une incapacité totale de travail, il est hautement vraisemblable qu'aucun employeur potentiel ne consentirait à employer la

recourante. Certes, depuis 2005 selon l'intimé, celle-ci aurait retrouvé une capacité de travail partielle. Elle ne peut toutefois pas être tenue pour responsable de la tardiveté de la décision, en particulier du fait que son dossier a été "oublié" par l'intimé entre 2006 et 2008. En conséquence, force est de constater que, compte tenu de sa situation personnelle et professionnelle, et au regard de la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite, la recourante n'était plus en mesure, au moment de la suppression de sa rente d'invalidité ou à celui de la décision litigieuse, de retrouver un emploi adapté à ses atteintes sur un marché du travail équilibré.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité étant maintenu.

**6.** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

Ayant obtenu gain de cause avec l'aide de mandataires professionnels, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 francs.

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

**prononce :**

- I.** Le recours déposé le 28 janvier 2010 par B.\_\_\_\_\_ est admis.
- II.** La décision rendue le 24 décembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, le droit de B.\_\_\_\_\_ à une rente entière étant maintenu.
- III.** L'intimé versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- CAP Protection juridique SA (pour B.\_\_\_\_\_),
- 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 :