

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Dind et Mme Thalmann
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Echandens, recourante, représentée par Me Joël Crettaz,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée), née en 1978, ouvrière d'usine, en arrêt de travail depuis le 14 septembre 2004, a déposé le 17 mars 2005 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.

L'OAI a traité cette demande et a recueilli des rapports médicaux, notamment auprès du Dr J._____, spécialiste FMH en neurologie à Morges. Ce dernier, dans un rapport médical du 6 mai 2005, a posé le diagnostic d' « atteinte motrice et sensitive du MSD [membre supérieur droit] dans le cadre d'une probable SEP [sclérose en plaques] (1^{ère} poussée) ». Il a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50% (4 heures par jour), en raison de l'atteinte du membre supérieur dominant et, de surcroît, à cause d'une certaine fatigue résultant de l'atteinte neurologique.

La Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine générale à Morges et médecin traitant de l'assurée, a également fourni un rapport médical, le 20 juin 2005. Elle s'est prononcée au sujet des répercussions de l'atteinte à la santé sur l'activité professionnelle. Elle a estimé que dans une activité adaptée (à cause de l'utilisation difficile du membre supérieur droit), l'assurée pouvait travailler 4 heures par jour.

Le dossier comporte également un rapport d' « évaluation psychiatrique » rédigé le 5 octobre 2005, à la demande d'un assureur-maladie (assureur perte de gain, S._____), par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne. Ce psychiatre a retenu les diagnostics suivants : trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (CIM-10 F43.22), suspicion de trouble envahissant du développement, sans précision (CIM-10 F84.9), cervicalgies et dorsalgies. Il a retenu une capacité de travail actuelle nulle, en précisant qu'au terme

d'une période d'adaptation l'assurée devait pouvoir reprendre une activité à 50%.

L'assureur-maladie S._____ a par ailleurs transmis deux nouveaux rapports que le Dr J._____ avait adressés à la Dresse W._____, après des contrôles neurologiques. La conclusion du rapport du 7 juin 2005 est la suivante :

"Au total, pour l'instant l'évolution me paraît tout à fait favorable sur le plan neurologique avec des troubles persistants tout à fait minimes qui paraissent être d'origine séquellaire. D'ailleurs, les seuls déficits neurologiques sont plutôt subjectifs et sont essentiellement caractérisés par des lâchages, sans véritable faiblesse au MSD et par une hypoesthésie qui est purement subjective.

Actuellement, en tous cas, il n'y a aucun argument permettant de confirmer le diagnostic de SEP.

Il n'y a pas de traitement à envisager dans l'immédiat mais j'ai proposé à la patiente un nouveau contrôle dans 6 mois, éventuellement suivi d'une IRM cérébrale.

Sur le plan purement neurologique, la patiente me paraît actuellement apte à une reprise de travail à 100%. Toutefois bien entendu, il faut tenir compte de l'état dépressif et des douleurs de l'épaule droite".

La conclusion du rapport du 12 décembre 2005 est la suivante :

"Sur le plan purement objectif, à l'examen clinique, je n'ai pas de signes clairs en faveur d'une quelconque évolution et d'ailleurs, à l'anamnèse, hormis les plaintes concernant le MSD et les douleurs du rachis, il n'y a pas de nouvelle symptomatologie neurologique. La patiente se plaint bien entendu d'une fatigue, d'une faiblesse et d'une certaine instabilité qui ne sont toutefois pas clairement objectivés à l'examen clinique.

Pour l'instant, je ne constate donc pas d'évidence de progression de la maladie. Toutefois, je pense qu'il aurait été justifié de refaire une IRM cérébrale à la recherche d'éventuelles nouvelles lésions en T2 ou d'une prise de contraste, ce qui pourrait bien entendu avoir des conséquences sur le plan diagnostic et éventuellement thérapeutique quant à une éventuelle SEP qui reste possible mais qui n'est toutefois pas totalement confirmée pour l'instant. Mais la patiente étant enceinte, l'IRM n'est pas possible pour l'instant.

Quoi qu'il en soit, j'ai rassuré la patiente en lui expliquant clairement que, même en cas de SEP, il n'y a pas de contre-indication à une

grossesse, que celle-ci ne risque pas d'aggraver la situation et qu'il n'y a aucun risque pour le bébé.

Pour ce qui est de l'incapacité de travail, je ne pense pas que l'on puisse l'attribuer à l'atteinte neurologique mais éventuellement au syndrome douloureux et à l'état général probablement lié à un état anxio-dépressif pour lequel le traitement antidépresseur à dû être interrompu actuellement (grossesse)".

L'OAI a mis en place une mesure d'observations professionnelle (art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), afin de déterminer les aptitudes de l'assurée à la réadaptation professionnelle ainsi que sa capacité de travail. Un stage a été organisé au centre Oroph-Copai d'Yverdon-les-Bains. Dans le rapport de stage, du 16 mars 2006, il est retenu en conclusion que « sur le plan physique, l'assurée doit pouvoir travailler dans une activité allégée à un taux horaire à plein temps, avec des rendements de 80%, car son manque d'endurance l'empêche d'atteindre un plein rendement ; elle est en mesure d'exécuter des tâches de conditionnement léger, de montage léger, divers travaux à l'établi ».

Un agent de l'OAI a apprécié ce rapport de stage dans un « rapport intermédiaire et final » du 15 mai 2006, où il est indiqué que « l'appréciation du COPAI ne tenait pas compte des limitations psychiques qui, surajoutées aux limitations physiques, justifient une incapacité de travail de 50% ».

B. Le 30 juin 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un préavis (« projet d'acceptation de rente ») qui retient une incapacité de travail et de gain (degré d'invalidité) de 43%, dès le 15 septembre 2005. Dans la motivation, il est notamment exposé ce qui suit :

"Depuis le 15 septembre 2004 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements médicaux que nous avons réunis tout au long de l'instruction de votre demande, nous constatons qu'une capacité de travail de 50% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité ne demandant pas de travail de force ni ne mettant à contribution la mobilité fine du membre supérieur droit et de la main droite.

Nous avons organisé un stage au Centre d'Observation professionnelle AI d'Yverdon-les-Bains. Selon les conclusions du stage, vous êtes en mesure de reprendre un poste dans l'industrie légère à 50%.

Des mesures professionnelles n'étant pas envisageables, nous avons évalué votre préjudice économique".

L'assurée a formulé diverses objections, puis les a retirées.

L'OAI a rendu les 14 septembre 2007 et 2 novembre 2007 une décision formelle d'octroi d'un quart de rente ordinaire d'invalidité, à partir du mois de septembre 2005.

C. En été 2009, l'OAI a engagé d'office une procédure de révision de la rente. Il a adressé à l'assurée un questionnaire à cet effet et il a également demandé des rapports médicaux au Dr J. _____ ainsi qu'au nouveau médecin généraliste traitant, le Dr P. _____, à Bussigny.

Le Dr J. _____ a remis un rapport le 29 novembre 2009. Il a mentionné, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, une possible sclérose en plaques, et a évoqué un pronostic « plutôt favorable compte tenu de l'absence d'évidence de progression aussi bien sur le plan clinique que sur le plan IRM ». A propos de la situation actuelle, il a exposé en conclusion ce qui suit :

"Sur le plan subjectif, la patiente se plaint d'une aggravation ces derniers mois avec sensation de lourdeur, fatigue et engourdissement dans les MI. Elle se plaint également des paresthésies nocturnes dans les deux MS irradiant dans les avant-bras. Il existe toutefois une certaine discrédance entre les plaintes et l'examen neurologique avec certaines incohérences. D'ailleurs, sur le plan des examens complémentaires, notamment une IRM cérébrale et médullaire de contrôle, il n'y a aucune progression quelconque et [il n'y a] pas les critères de Mac Donald pour la SEP.

Objectivement, il n'y a donc pas d'aggravation de l'état clinique.

Quelles sont les limitations fonctionnelles?

Elles sont celles qu'elles étaient auparavant, relativement modérées, liées à une certaine "faiblesse et maladresse" du MSD.

Quelle est la capacité de travail exigible?

On peut exiger un travail d'en tout cas 50% dans un travail de caissière ou de vendeuse. L'état de santé est stationnaire".

Dans son rapport du 22 janvier 2010, le Dr P. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Il a renvoyé à l'avis du neurologue.

L'assurée elle-même a indiqué à l'OAI, le 18 février 2010, qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas invalide, qu'elle n'était pas en bonne santé et que son rendement au travail serait au maximum de 20 à 25%.

D. Le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a posé des questions complémentaires au Dr J. _____, qui a répondu ce qui suit le 15 juin 2010 :

"Compte tenu de vos constatations cliniques et radiologiques, sur quels éléments retenez-vous un diagnostic de possible SEP?"

Actuellement, chez cette patiente, il n'y a certainement pas les critères cliniques et paracliniques pour poser le diagnostic de SEP. Les lésions présentes à l'étage cérébral de la substance blanche ne sont pas du tout spécifiques d'une maladie démyélinisante. Toutefois, initialement, sur une première IRM médullaire, il existait une lésion médullaire qui, elle, compte tenu de la symptomatologie clinique de l'époque, était compatible avec une affection démyélinisante. Toutefois, ni l'évolution clinique, ni la PL n'avaient permis de confirmer cette hypothèse.

Avec le recul et les années, on peut dire qu'il n'y a eu aucune nouvelle manifestation neurologique et aucune modification sur le plan radiologique.

Avec ces critères, il est vrai qu'il n'est pas possible de poser le diagnostic de SEP; en effet, on possède comme seul élément un seul épisode de probable démyélinisation. Le diagnostic de SEP est donc plutôt un diagnostic de précaution.

Les plaintes actuelles de la patiente (fatigue, engourdissements, lourdeur des deux jambes à partir des genoux, troubles de la marche) contrastent avec un examen neurologique normal.

Pour seule limitation fonctionnelle, vous décrivez une certaine faiblesse et maladresse du MSD. Compte tenu de cela, vous estimez que la capacité exigible est d'en tous cas 50% dans un travail de caissière ou de vendeuse. Merci de définir plus précisément cette capacité de travail entre 50 et 100%.

La faiblesse du MSD était la plainte initiale, accompagnée également de troubles sensitifs. Actuellement, on retrouve avant tout des lâchages à tous les niveaux, sans que l'on puisse parler de véritable parésie. On pourrait donc certainement augmenter le pourcentage de la capacité de travail exigible à 100% dans le cadre d'un travail de caissière et de vendeuse. La limitation initiale était due au fait que la patiente garde les mêmes plaintes mais ces plaintes n'ont pas de répercussions objectives à l'examen clinique.

Dans une activité adaptée à cette faiblesse et maladresse du MSD, une pleine capacité de travail est-elle exigible?

Oui, je pense que l'on peut l'exiger.

Dans son ménage, l'assurée rencontre-t-elle des empêchements liés à son atteinte?

L'assurée se plaint de fatigue et de fatigabilité mais des éléments cliniques et paracliniques nous manquent pour objectiver véritablement cette plainte".

Un médecin du SMR a par ailleurs téléphoné au Dr P. _____ pour l'interroger sur un éventuel suivi ou traitement psychiatrique. Ce médecin a répondu, le 5 juillet 2010, qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique et que lui-même ne prescrivait pas de traitement psychotrope.

Sous la plume de la Dresse D. _____, le SMR a établi un avis médical le 13 juillet 2010, dont la conclusion est la suivante :

"En conclusion, une rente a été octroyée en 2005 sur la base d'un diagnostic de suspicion de sclérose en plaques avec, néanmoins, des limitations fonctionnelles somatiques qui n'ont pas été clairement objectivées par les différents médecins qui ont examiné l'assurée (Dr J. _____, Dresse G. _____, Dr Z. _____): il a été fait mention à maintes reprises de discordances ou de manque de corrélation entre les plaintes alléguées par l'assurée et les constatations cliniques, en plus de son manque de collaboration. L'évolution actuelle montre que le diagnostic de sclérose en plaques n'est pas confirmé, et que les plaintes de l'assurée ont mal été interprétées et rentrent dans le cadre de plaintes subjectives sans corrélation avec une atteinte médicale objective.

Sur le plan psychiatrique, selon les indications de l'assurée (Quest. révision du 05.10.2009), ainsi qu'après renseignements pris auprès de son médecin traitant, le Dr P. _____, il n'y a actuellement aucune prise en charge psychiatrique, aucune médication psychotrope. Par conséquent, l'assurée ne présente plus de pathologie psychiatrique nécessitant un traitement, et à caractère incapacitant. A l'évidence, l'état de santé psychique de l'assurée s'est amélioré".

E. Le 6 août 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un préavis (projet de décision) dans le sens d'une suppression de la rente d'invalidité. La motivation présentée est la suivante :

"Si la capacité de gain s'améliore, la prestation est adaptée, à savoir diminuée ou supprimée, en fonction de cette amélioration. La modification interviendra 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 significatif a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une aggravation prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (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 (art. 88bis, al. 2, lit. a RAI).

Résultat de nos constatations:

Sans formation professionnelle, vous avez travaillé en qualité de vendeuse auprès de [...], puis d'ouvrière chez [...] SA jusqu'à votre arrêt de travail en septembre 2004.

Atteinte dans votre santé, vous avez été mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès septembre 2005. Une capacité de travail de 50% était exigible de votre part.

Dans le cadre de cette 1^{ère} révision d'office, nous avons questionné vos médecins, il ressort que l'atteinte à la santé que vous présentiez à l'époque ne se confirme pas et que les critères pour une sclérose en plaques ne sont pas remplis. De plus, d'un point de vue psychiatrique, il n'y a plus de suivi ni même de traitement.

Il y a lieu de conclure au fait qu'une pleine capacité de travail est exigible de votre part dans votre activité habituelle de caissière/vendeuse ainsi que dans toute activité.

Bien qu'il n'y ait pas d'amélioration de votre état de santé, nous sommes en présence d'une modification de fait au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA qui prévoit que "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". Ce qui est votre cas en l'espèce".

L'assurée a signifié à l'OAI qu'elle s'opposait à ce projet. Elle a notamment réclamé des investigations médicales complémentaires sur le plan psychique, mais n'a pas déposé de rapport médical à ce propos.

Le 10 février 2011, l'OAI a rendu une décision formelle de suppression de la rente d'invalidité, dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de dite décision. La motivation de cette décision correspond à celle du préavis du 6 août 2010. Dans une lettre envoyée le 9 février 2011 à l'avocat de l'assurée, l'OAI a exposé que comme celle-ci n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier la position de l'assurance - en particulier, elle n'avait pas produit de rapport médical complémentaire -, il y avait lieu de rendre une décision formelle en l'état.

F. Par acte de son mandataire du 17 mars 2011, R. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI. Elle conclut à l'annulation de cette décision, son droit au versement d'une rente calculée sur une invalidité de 43% étant confirmé. Subsidiairement, elle demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de l'affaire à l'OAI pour compléments d'instruction.

La recourante a produit une lettre signée par le psychiatre Dr F. _____ et la psychologue C. _____, du Centre de Psychothérapie des Toises, à Lausanne, qui attestent d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire depuis le 2 novembre 2010. Les auteurs de cette lettre évoquent un diagnostic d'épisode dépressif moyen évoluant depuis plusieurs années (CIM-10 F32.1) justifiant en l'état une incapacité de travail à 50%.

Dans sa réponse du 11 juillet 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, en se référant à sa décision.

E n d r o i t :

1. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal

des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. La recourante soutient que les conditions pour une révision, au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, ne sont pas réunies. Selon elle, le litige porte sur la question de savoir si le fait qu'un diagnostic différentiel évoqué au moment de la première décision (de l'automne 2007) et finalement exclu par la suite, dans le cadre de troubles qui pour le surplus sont demeurés identiques, constitue une circonstance suffisante pour justifier la révision et la suppression du droit à la rente. La recourante répond par la négative, en faisant valoir que le point décisif est que l'OAI n'a pas apporté la preuve que son état de santé s'était amélioré entre la première décision et la décision prise au terme de la procédure de révision (le 10 février 2011).

a) Le droit fédéral prévoit plusieurs cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force (art. 17 et 53 LPGA ; ATF 135 V 215 consid. 4.1 et les références citées, où il est question de l'hypothèse de l'inexactitude initiale sur les faits, de celle de l'inexactitude ultérieure sur les faits, de celle de l'application initiale erronée du droit, ou encore de celle de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision).

L'OAI, qui a introduit lui-même d'office la procédure de révision, n'a pas considéré que sa décision initiale était erronée, tant sur le plan des faits que sur le plan du droit. En d'autres termes, il n'y avait pas lieu de la corriger par la voie de la « révision procédurale » ou de la reconsidération selon l'art. 53 LPGA. En outre, il n'y a pas eu de modification déterminante, depuis 2007, des principes du droit fédéral

applicables aux rentes d'invalidité, dans la situation de la recourante. Seul est donc pertinent le régime de l'art. 17 LPGA. Du reste, comme cela ressort clairement de la décision attaquée, l'OAI a appliqué l'art. 17 al. 2 LPGA.

b) L'art. 17 LPGA, dont le titre est « révision de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables », a la teneur suivante :

"1. 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.

2. 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".

L'hypothèse d'une amélioration de la capacité de gain, grâce en particulier à l'amélioration de l'état de santé du bénéficiaire d'une rente d'invalidité, est également réglée à l'art. 88a al. 1 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, la nouvelle teneur ne paraissant au demeurant pas matériellement différente, en tout cas sur les points décisifs dans la présente affaire), qui prévoit ce qui suit:

"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".

Selon la jurisprudence, 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 372 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 372 consid. 2b; 112 V 390 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; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

c) Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

En l'occurrence, l'OAI déduit des renseignements médicaux recueillis au cours de la procédure de révision qu'il n'y a pas d'amélioration de l'état de santé de la recourante. Il retient toutefois une « modification de fait » parce qu'une atteinte que l'assurée présentait à l'époque ne se confirme pas.

La « modification de fait » dans un état de santé sans amélioration se rapporte semble-t-il à un nouvel énoncé du diagnostic neurologique : le Dr J._____ avait mentionné à l'origine, dans son premier rapport du 6 mai 2005, une « probable » sclérose en plaques et indiqué, dans son rapport du 7 juin 2005, qu'il n'y avait aucun argument permettant de confirmer le diagnostic de sclérose en plaques. Or, le 15 juin 2010, en réponse à des questions du SMR, le Dr J._____ a estimé qu'il n'y avait actuellement « certainement pas les critères cliniques et paracliniques pour poser le diagnostic de sclérose en plaques ». Le fait qu'un médecin spécialiste précise ainsi son diagnostic, après une observation de l'état ou de l'évolution de la patiente sur plusieurs années, ne signifie pas qu'il y a eu une amélioration s'agissant des atteintes ou des limitations fonctionnelles qui avaient été constatées à l'époque par les médecins, malgré l'incertitude sur le diagnostic. Précisément, l'élément déterminant pour l'évaluation de l'invalidité, en 2007, était l'appréciation de la capacité de travail sur la base des renseignements médicaux, qui tenaient compte de l'état de santé actuel de la recourante et non pas d'une évolution future en cas de développement des symptômes de la

sclérose en plaques. Le Dr J. _____ a en outre relevé, dans ses lignes du 29 novembre 2009, que l'état de santé était stationnaire et, dans son rapport du 15 juin 2010, qu'il n'y avait eu avec les années aucune nouvelle manifestation neurologique et aucune modification sur le plan radiologique. On ne peut qu'en déduire que l'état de santé de l'assurée est resté stable.

L'OAI indique sans équivoque, dans la décision attaquée, que l'état de santé ne s'est pas amélioré. C'est le résultat d'une appréciation de différents rapports médicaux récents, lesquels effectivement ne concluent pas de manière claire ou catégorique à une amélioration de l'état de santé. L'OAI n'a pas cherché à déterminer si, en fonction de ces nouveaux rapports, sa première appréciation de 2007 aurait pu être qualifiée d'inexacte ou d'erronée, de sorte qu'elle aurait dû être corrigée dans le cadre de l'art. 53 LPGA. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cette question, car la contestation porte uniquement sur l'existence d'un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Dès lors que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré, et partant que les limitations de sa capacité de gain découlant de son état de santé sont censées être toujours les mêmes, on ne voit pas quelle « modification de fait », en relation également avec l'état de santé, pourrait justifier une révision du droit à la rente. Comme cela vient d'être exposé, un avis médical précisant un diagnostic, ou posant un nouveau diagnostic, alors que l'état de santé ne s'améliore pas, n'a pas de conséquence sur l'appréciation de la capacité de gain et donc sur l'évaluation de l'invalidité.

La « modification de fait » retenue dans la décision attaquée ne concerne pas un autre élément pertinent pour la détermination du degré d'invalidité.

Au demeurant, des atteintes à la santé psychique avaient été retenues lorsque l'OAI a accordé la rente d'invalidité en 2007. Sur ce plan, il n'y a aucun motif de considérer que l'état de santé de l'assurée se serait

amélioré ; les renseignements médicaux recueillis par l'OAI auprès du médecin généraliste traitant n'étaient pas complets puisqu'il est établi qu'un suivi psychiatrique a été mis en place à partir du mois de novembre 2010 - après le rapport médical de synthèse du SMR mais avant la décision attaquée. Certes, il incombait à la recourante d'en informer l'OAI. Toutefois, du moment que l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé, il importe peu que cette information fût ignorée.

d) S'il n'y a pas d'amélioration de l'état de santé de la recourante, il n'y a pas non plus, d'après les pièces du dossier, d'aggravation. Aucune autre « modification de fait » déterminante ne peut être constatée, de sorte que l'OAI n'était pas fondé à prononcer une suppression du droit à la rente, en application de l'art. 17 LPGA.

Les griefs de la recourante à ce propos sont donc fondés. Il se justifie par conséquent d'annuler la décision attaquée.

e) Il n'y a pas lieu de prononcer que le droit à un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, est confirmé. Cette prestation reste due, sur la base de la première décision, tant qu'il n'y a pas de nouvelle décision de l'OAI, dans le cadre d'une révision ou d'une reconsidération. Cela étant, l'OAI peut en tout temps engager une nouvelle procédure de révision ; le présent arrêt ne garantit en rien le maintien d'une situation acquise.

3. Vu l'admission du recours, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 52 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), à la charge de l'OAI.

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 10 février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à payer à la recourante R._____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne (pour R._____)
- 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).

Le greffier :