

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 décembre 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

W. _____ **W.** _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. W._____, née en 1975, aide-infirmière, mère de quatre enfants dont une fille mineure, a présenté une incapacité de travail totale à compter du 19 mars 2010 en raison d'un double anévrisme cérébral. Elle a déposé le 27 août 2010 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de cette atteinte.

L'assurée a séjourné aux Hôpitaux L.____ (Hôpitaux L.____) du 19 au 20 mars 2010 puis du 1^{er} au 5 avril 2010. D'après la lettre de sortie datée du 13 avril 2010, la patiente s'est plainte, dès le 16 mars 2010, de céphalées associées à une parésie du 3^{ème} nerf crânien gauche, se manifestant par une mydriase et une ptose palpébrale de l'œil gauche. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale effectuée le 16 mars 2010 a mis en évidence deux anévrismes non rompus de l'artère carotide interne gauche, le premier sur segment de la communicante postérieure, le second sur le segment caverneux.

Le 20 mars 2010, l'assurée a bénéficié d'un traitement endovasculaire par clippage du premier anévrisme, le second anévrisme ne justifiant pas de traitement. Lors de l'embolisation par clippage, il s'est produit une hémorragie sous-arachnoïdienne peropératoire, rapidement maîtrisée et jugée mineure, qui a cependant entraîné dans les suites immédiates du geste thérapeutique, une parésie du membre supérieur droit (MSD). A sa sortie des Hôpitaux L.____, le 5 avril 2010, la parésie du MSD avait totalement récupéré, et seules persistaient à gauche, une mydriase peu réactive et une ptose palpébrale, toutes deux en régression.

Selon un rapport du 5 août 2010 du Dr N.____, spécialiste en neurochirurgie, la patiente ne présentait plus, au jour du rapport, de déficit du III^{ème} nerf crânien et avait repris son travail ; l'importance du contrôle de son hypertension artérielle lui avait été rappelée. L'IRM effectuée pendant son séjour en neurochirurgie montrait une exclusion

complète de l'anévrisme traité, l'autre restant inchangé, raison pour laquelle un examen de contrôle n'était prévu que six mois plus tard.

L'employeur de l'assurée a fait savoir à l'OAI le 7 septembre 2010 qu'avant l'atteinte, celle-ci travaillait 33h20 par semaine et gagnait 3'200 fr. 70 par mois (pour son activité à 80%) ; depuis le 12 juillet 2010, elle travaillait 3h19 par jour, soit 15h95 par semaine.

Dans son rapport à l'OAI du 7 février 2011, la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis le 1^{er} mars 2010, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anévrismes cérébraux, et sans effet sur la capacité de travail d'anémie sévère sur fibrome utérin depuis 2010. La capacité de travail était de 50% depuis le 12 juillet 2010, avec limitation des efforts, du port de charges et une fatigabilité.

Dans un rapport daté du 30 septembre 2010 indexé au dossier de l'OAI le 21 février 2011, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, a mentionné notamment ce qui suit :

« L'évolution a été tout à fait favorable, sans vasospasmes.

[...]

L'examen neurologique était tout à fait normal, notamment sans séquelles (sic) au niveau de l'atteinte du nerf oculomoteur gauche. La patiente elle-même n'a par ailleurs aucune plainte hormis des céphalées d'allure tout à fait migraineuse qui ne semblaient pas poser de problèmes, étant relativement espacées et répondant bien à un simple traitement au Paracétamol, qui sont certainement sans rapport avec son anévrisme intracrânien.

A relever tout de même, à l'examen clinique, **une TA [tension artérielle] trop élevée à 150/100 mmHg** qui devrait tout de même être mieux contrôlée et ceci d'autant plus qu'il existe encore un anévrisme pour l'instant asymptomatique et non rompu au niveau de la carotide interne gauche dans [la] partie intracaverneuse »

L'assurée a été reconnue active à 100% à la suite d'une enquête ménagère réalisée le 7 mai 2012, dont le rapport a été établi le 15 mai 2012.

Par décision des 29 octobre et 17 décembre 2012, le droit à un trois quarts de rente a été reconnu à l'assurée à compter du 1^{er} mars 2011, avec la motivation suivante :

« Depuis le 19 mars 2010 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sur la base de l'enquête ménagère effectuée le 15 mai 2012, nous retenons que, sans atteinte à la santé, vous auriez exercé une activité lucrative à 100% en tant qu'aide-infirmière.

Selon les documents en notre possession, à la fin du délai d'attente, soit le 19 mars 2011, vous présentez une incapacité de travail dans toute activité professionnelle de 60%. »

Vous avez conservé votre activité professionnelle auprès de l'Ensemble hospitalier I. _____ à [...] à un taux de 40%. Le degré d'invalidité est dès lors de 60%. »

B. L'OAI a initié, en juin 2014, une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée.

Le 7 juillet 2014, l'assurée a fait état d'une aggravation de son état de santé, en expliquant avoir subi une hystérectomie en raison d'une anémie grave, et avoir été en incapacité de travail totale du 13 octobre au 30 décembre 2013.

A la requête de l'OAI, l'employeur a indiqué, le 25 juillet 2014, que l'assurée travaillait 3h19 par jour, depuis le 1^{er} septembre 2012, pour un salaire de 1'721 fr. 95 depuis le 1^{er} janvier 2014.

Dans un rapport à l'OAI du 1^{er} octobre 2014, le Dr Z. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a mentionné qu'une augmentation de la capacité de travail de l'assurée était possible et exigible sur le plan gynécologique, moyennant des mesures professionnelles progressives. Il a fait état d'une incapacité de travail totale du 14 octobre au 26 novembre 2013.

Par avis du 15 janvier 2016 [recte : 2015], le Dr D. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR) a indiqué ce qui suit :

« [...] En réponse à nos questions, nous apprenons du MT [médecin traitant] qu'il n'existe plus d'anémie pouvant constituer une IT [incapacité de travail]. Est mis en avant une fatigabilité post AVC et le risque de développer un nouvel accident vasculaire cérébral. L'assurée serait toujours suivie (sic) par les Hôpitaux L._____, probablement la clinique de neurochirurgie, ou de neurologie pour surveillance de son anévrisme non opérée. Actuellement, l'assurée travaille à 50% sans baisse de rendement.

Nous sommes étonnés de l'importance donnée à la fatigabilité d'une part et d'autre part au risque encouru, selon le MT.

Je remercie le gestionnaire de se renseigner auprès de qui l'assurée est suivie actuellement aux Hôpitaux L._____ et d'adresser au médecin concerné une lettre avec les questions types. En cas d'incertitude, une expertise sera requise. »

Le 15 octobre 2015, le Dr D._____ a rendu un nouvel avis, dont on extrait ce qui suit :

« Le RM [rapport médical] du Dr S._____ (sic), FMH médecine générale soutien (sic) sa patiente dans son désir de poursuivre son travail d'aide-infirmière qu'elle ne pourrait pas exercer à plus de 40-50% en raison [d'une] fatigabilité et d'efforts physiques contre-indiqués. L'éventualité d'une activité adaptée nécessiterait une nouvelle formation. Il existe des céphalées récurrentes. Le traitement comporte Belok Zok 50 mg/j, magnésium 300 mg, Dafalgan 1gr.

Eviter le port de charge de plus de 15 kg régulièrement est compatible avec le diagnostic d'hypertension artérielle dans le cadre d'un anévrisme carotidien persistant. Cependant, l'assurée n'est pas susceptible de porter dans son travail plus que ce qu'elle porte actuellement, qu'elle travaille à 50 ou 100%.

La tentative de reprise de travail ayant débouché sur un échec en 2012 s'explique par la fatigabilité pouvant être mise en relation avec une anémie sur spoliation gynécologique. Actuellement, après hystérectomie, il ne devrait plus y avoir d'anémie. La question des céphalées se pose et devrait être associée, si importante à un traitement à définir plus précisément, voire si important (sic) à une consultation neurologique ou neurochirurgicale.

Nous écrivons une lettre au médecin traitant.

Je remercie le gestionnaire d'obtenir de la caisse maladie la liste des médicaments délivrés depuis le 1^{er} janvier 2015. »

Le même jour, le Dr D._____ a adressé un courrier à la médecin-traitant, en lui posant un certain nombre de questions et en mentionnant notamment ce qui suit :

« Si une fatigabilité pouvait, lors de la précédente révision être justifiée par une anémie par spoliation gynécologique, ce ne devrait plus être le cas depuis son hystérectomie datant du 26.11.2013. Par ailleurs, les céphalées, si elles peuvent exister après une hémorragie sous-arachnoïdienne per opératoire, doivent être quantifiées actuellement, dans le contexte d'un contrôle angiographique ultérieur ne montrant aucun signe d'hydrocéphalie ni de vasospasme, avec complète récupération des déficits oculaires préopératoires (sic) et post opératoire (parésie transitoire du membre supérieur droit). Nous avons noté que votre patiente effectue un travail à 40-50%, comprenant des efforts physiques qui, à un taux d'occupation plus important ne seraient pas à priori plus intenses, considéré (sic) le fait qu'elle est traitée à priori de manière correcte pour son hypertension artérielle, en regard de son anévrisme carotidien. »

Par courrier du 3 décembre 2015, la Dre S. _____ a répondu aux questions posées par le Dr D. _____ de la manière suivante :

- « 1. Vous trouverez la copie ci-joint de la prise de sang.
2. Mme W. _____ souffre de céphalée quotidienne qu'elle traite par Paracétamol.
3. Elle n'a pas eu besoin de consultation spécialisée depuis pour ce problème. Elle est par contre toujours suivie par les Hôpitaux L. _____ pour un bilan d'évolution post opératoire et contrôle de son anévrisme non opéré.
4. Selon les neurochirurgiens et neurologues, les accidents et interventions sur le cerveau laissent une fatigabilité chronique très fréquente. Il existe par ailleurs un risque quant à sa deuxième lésion.
5. Son activité actuelle est efficiente à 50%. A noter qu'elle aime son travail malgré sa pénibilité.
6. Je ne suis pas en mesure de donner son taux d'activité possible dans une autre occupation, laquelle nécessiterait le cas échéant une nouvelle formation.
7. Elle doit limiter le nombre d'heures consécutives à 4 ou 5h.
8. Je ne pense pas être gênée par le fait d'être le médecin traitant dans ce cas.
9. Les examens du sang s'étant normalisés depuis l'hystérectomie, Mme n'a pas eu besoin d'un avis spécialisé. »

Dans un rapport du 6 janvier 2016, le Dr N. _____ des Hôpitaux L. _____ a fait état notamment de ce qui suit :

« J'ai le plaisir de revoir en consultation cette patiente qui reste totalement asymptomatique.

Elle souffre de migraines régulières qui ne peuvent pas être mises en relation ni avec le traitement ni avec l'anévrisme non traité diagnostiqué.

En reprenant systématiquement les facteurs de risques, Madame W._____ présente une hypertension artérielle qu'elle décrit comme difficilement contrôlée raison pour laquelle je propose qu'elle soit vue par la Professeure R._____.

Sur le plan radiologique on trouve une parfaite stabilité aussi bien du traitement endovasculaire, on avait discuté de la présence d'un micro-collet qui reste parfaitement stable, de l'autre côté d'un anévrisme non traité et qui n'a absolument pas changé de morphologie.

Dans ce contexte nous proposons de poursuivre le suivi par une IRM, angio-IRM dans cinq ans, soit en mai 2020 et de revoir la patiente. Nous organisons une consultation avec la Professeure R._____ . »

Par avis SMR du 12 mai 2016, le Dr D._____ a constaté ce qui suit (sic):

« Sur le plan neurologique, le RM du D. N._____ du 6.1.2016 fait état de migraines régulières qui ne peuvent être mise en relation ni avec le traitement, ni avec l'anévrisme non traité diagnostiqué. Par ailleurs « on trouve une parfaite stabilité aussi bien du traitement endovasculaire et de l'anévrisme non traité et qui n'a absolument pas changé de morphologie ». Il existe donc une stabilité sur le plan cérébral.

Le RM de la Drss. S._____ fait état d'une fatigabilité chronique, fréquente après accidents et interventions sur le cerveau. Rappelons qu'il s'est agit, en per opératoire d'une rupture de l'anévrisme lors de l'embolisation par artériographie et que cela a résulté en une hémorragie sous arachnoïdienne (HSA pour la suite) avec discrète parésie du membre supérieur droit ayant parfaitement récupérée à la fin de son séjour. Il ne s'agit pas d'un accident vasculaire thalamique ni d'une intervention externe à travers le parenchyme cérébral, susceptible de le détruire, mais d'une extravasation rapidement réabsorbée. Les facteurs pronostics négatifs sont habituellement liés à la taille de l'hémorragie et de la vitesse à laquelle le traitement est institué. Dans le cas présent, en cours de traitement, avec rupture au 5^{ième} coil, la rupture a été découverte immédiatement. Le CT Scann cérébral effectué le lendemain de la rupture n'a pas montré « *d'effet de masse ni de déviation de la ligne médiane, une légère dilatation ventriculaire. Pas de signe de vasospasme* ». En conséquence, la récupération a été rapide et la limitation des symptômes n'a pas justifié un examen neuropsychologique détaillé à part ce qui est décrit dans la lettre de sortie du 13.4.2020 où on peut lire en page à l'examen des fonctions supérieures qu'il n'y avait « *pas de trouble phaso-practognosique* ». Nous ne sommes donc pas dans le cas où, après une HSA importante, la mortalité peut atteindre 60% et les survivants se plaignent fréquemment de déficits neurophysiologiques tels qu'en fait état la *Swiss SOS study group*. Nous nous distançons donc de l'attribution d'une fatigue résiduelle post rupture d'anévrisme cérébral, soutenue par le MT.

Par contre le même RM indique clairement que les examens de sang se sont normalisés depuis l'hystérectomie.»

En conclusion, le Dr D. _____ a mentionné que la fatigue qui aurait pu être attribuable à une anémie ne pouvait plus être retenue ou constituait un élément subjectif, que l'assurée était par ailleurs traitée pour son hypertension artérielle avec un bêtabloqueur et prenait du paracétamol pour ses migraines. En conséquence, il a retenu qu'une augmentation de la capacité de travail pouvait être envisagée, théoriquement trois mois après l'hystérectomie avec une capacité de travail de 75% puis, après six mois, de 100%, étant précisé que ces chiffres étaient exprimés par rapport à un 100% théorique. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de port de charges de plus de 15 kg.

Le 24 janvier 2017, l'OAI a convenu avec l'assurée de débiter une augmentation de son taux d'activité, à 60% puis à 80%.

Selon une note d'entretien du 22 juin 2017, la Dre S. _____ a indiqué à l'OAI que sa patiente ne présentait pas une capacité de travail supérieure à 40% dans son activité habituelle ou toutes autres activités et qu'elle ne lui donnerait pas l'autorisation de retenter une augmentation de son taux d'activité sur son lieu de travail habituel.

La conclusion du rapport final du 23 juin 2017 du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI est formulée ainsi :

« Au vu des éléments susmentionnés, il convient de clore notre mandat REA [réadaptation professionnelle]. Notre assurée a repris son AH [activité habituelle] selon son taux contractuel et se trouve actuellement dans l'incapacité de poursuivre la mesure selon proposition du 30.01.2017, tentative de l'augmentation du taux d'occupation dans le cadre de son AH [...]. Ceci pour des raisons médicales. Ce qui ne correspond pas et qui va à l'encontre de l'avis médical SMR du 12.05.2016.

Nous vous laissons le soin de poursuivre l'instruction du dossier. »

Par avis SMR du 7 novembre 2018, le Dr M. _____, constatant que les pièces médicales au dossier étaient légères et peu consistantes sur le plan purement médical depuis le dernier avis de ce service qui plaidait pour une amélioration, a préconisé la mise en œuvre d'une

expertise neurologique de manière à établir la situation réelle de l'assurée.

Le 12 décembre 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il allait mettre en œuvre une telle expertise. Celle-ci a été confiée au Dr T._____, spécialiste en neurologie.

Dans son rapport du 15 mai 2019, le Dr T._____ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'hypertension artérielle chronique, et comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail un status après embolisation endo-artérielle d'un anévrisme de l'artère communicante postérieure gauche avec saignement minime per opératoire, sans séquelles durables, la présence d'un anévrisme de l'artère carotide interne gauche dans son segment caverneux, asymptomatique, non évolutif ainsi que des céphalées tensionnelles. S'agissant de la capacité de travail, l'expert T._____ a notamment mentionné ce qui suit :

« Il convient de limiter les facteurs pouvant augmenter la pression artérielle chez la personne assurée, facteur principal d'aggravation de l'anévrisme et d'éventuelles ruptures : efforts physiques limités en durée et en intensité, éviter le travail de nuit et le travail posté. Ces deux conditions sont des facteurs aggravant ou déclenchant une hypertension et augmentent donc le risque d'augmentation de la taille de l'anévrisme non traité via une hausse de la tension artérielle.

Le profil d'effort auquel est soumis (sic) une aide-soignante, profession qu'exerce la personne assurée, est tout à fait adéquat avec la situation médicale.

En l'absence d'éléments objectifs expliquant les plaintes de la personne assurée, le travail en tant qu'infirmière assistante dans un EMS [établissement médico-social] est adéquat avec les capacités de la personne assurée et ne présente pas de danger particulier concernant une éventuelle aggravation de l'anévrisme persistant de la carotide interne gauche dans sa partie caverneuse.

Il faut noter qu'il est adéquat de ne pas exposer la personne assurée à un travail posté ou à un travail de nuit. Il n'y a pas de limitation particulière à envisager concernant des efforts physiques à faire dans un cadre standard du type d'activité pour laquelle elle est formée. »

L'expert a ainsi conclu à une capacité de travail, sur le plan neurologique, de 100% dans l'activité habituelle.

Dans un rapport final du 22 juillet 2019, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a résumé les mesures professionnelles mises en place en faveur de l'assurée et les résultats de ces mesures avant de mentionner l'évaluation neurologique effectuée. Il a conclu, en suivant l'expertise neurologique, à une capacité de travail de l'assurée de 100% dans l'activité habituelle, soit à un préjudice économique nul.

Par projet de décision du 16 août 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de supprimer sa rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, dès lors que sa capacité de travail et de gain était entière.

Par lettre indexée au dossier de l'OAI le 19 septembre 2019, l'assurée s'est opposée au projet de décision, invoquant son état de santé fragile.

Le 23 octobre 2019, la Dre S. _____ a adressé un courrier à l'OAI, dans lequel elle a mentionné que depuis l'intervention cérébrale de sa patiente, les capacités de celle-ci étaient diminuées, en raison d'une asthénie, de la tension artérielle et des céphalées de tension dont elle souffrait. Elle a précisé qu'en tenant compte de ces limitations, sa patiente ne pouvait travailler à plus de 40% sans mettre sa vie en danger dans le métier « assez physique et astreignant » d'aide-infirmière.

Par avis SMR du 31 mars 2020, le Dr H. _____ a relevé que le rapport de la Dre S. _____ faisait part de plaintes qui avaient déjà été examinées dans le cadre de l'expertise neurologique et qu'il n'y avait par conséquent aucun élément médical permettant de s'écarter des conclusions retenues.

Par décision du 6 avril 2020 confirmant le projet du 16 août 2019, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification. Par courrier du même jour adressé à l'intéressée, l'OAI a repris les termes de l'avis SMR du 31 mars 2020 et a

précisé que, selon une jurisprudence constante, l'avis des médecins experts devait être préféré à celui du médecin traitant.

C. Par acte daté du 29 avril 2020, reçu le 5 mai 2020, W. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation. Elle a pour l'essentiel fait valoir que son état ne lui permettait pas de travailler à un taux supérieur à celui de 40%.

Le 8 mai 2020, la recourante a produit un courrier du 6 mai 2020 de la Dre S. _____, médecin traitant, dont le contenu est quasiment identique à celui du 23 octobre 2019 fourni dans le cadre de la procédure administrative, par lequel cette médecin a à nouveau indiqué que sa patiente ne pouvait pas travailler à plus de 40%.

Dans sa réponse du 20 août 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet la suppression, avec effet au 1^{er} juin 2020, du trois quarts de rente d'invalidité versé à la recourante.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. A contrario, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, la recourante conteste bénéficier désormais d'une capacité de travail entière, et fait valoir qu'elle n'est pas en mesure de travailler à un taux supérieur à celui de 40%, au risque de mettre sa santé en danger. Pour sa part, l'intimé se fonde sur le rapport d'expertise du Dr T._____ pour conclure que la recourante ne présente dorénavant plus d'incapacité de travail, ce qui conduit à l'extinction du droit à la rente.

Il n'est pas contesté que la recourante a subi en 2010 un double anévrisme cérébral.

L'expert neurologue T._____ a toutefois constaté, dans son rapport du 15 mai 2019, que sur le strict plan neurologique, à compter du mois de juillet 2010, la recourante n'avait plus présenté d'atteinte invalidante. Certes, le droit à un trois quarts de rente d'invalidité lui a été reconnu, sur la base d'un degré d'invalidité de 60%. A l'époque cependant, la recourante présentait une atteinte utérine, qui provoquait une forte anémie (cf. rapport de la Dre S._____ du 7 février 2011). Dans la mesure où elle a subi une hystérectomie en octobre 2013, elle n'a depuis lors plus eu de problèmes de cet ordre (cf. rapport du Dr Z._____ du 1^{er} octobre 2014 et avis SMR du 15 octobre 2015). La situation a donc évolué favorablement depuis les premières décisions d'octroi des trois quarts de rente. Ainsi, s'il ressort certes du dossier que la recourante apprécie de ne travailler qu'au taux de 40%, et que sa médecin traitant la soutient, il n'existe en l'occurrence aucun élément objectif justifiant de retenir une capacité de travail de 40%.

En effet, le Dr T._____, dans son rapport du 15 mai 2019, a exposé les motifs le conduisant à retenir une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'aide-soignante, qui est adaptée. Pour parvenir à ce constat, l'expert a examiné tout le dossier de l'assurée, puis cette dernière. Il a également établi son anamnèse, a tenu compte de ses plaintes, et a décrit son quotidien. A l'examen clinique, il a en particulier relevé, s'agissant des nerfs crâniens, qu'il y avait une très légère diminution de la fente palpébrale gauche non significative, et que les pupilles étaient isocores et réactives aux 3 modes. L'expert a également

constaté l'absence de trouble de l'oculomotricité et un champ visuel complet. De même, il n'a constaté aucun déficit moteur ou sensitif du visage. L'odorat était conservé et l'ouïe symétrique. Il a également relevé l'absence de souffle crânien et une mobilité cervicale normale. Tous les réflexes (bicipitaux, stylo-radiaux, tricipitaux, rotuliens et achilléens) étaient normaux et symétriques et le cutané plantaire en flexion des deux côtés, moins net à gauche qu'à droite. Pour ce qui est du système moteur, l'expert n'a constaté aucune anomalie du tonus aux quatre membres, avec une force conservée proximale et distale. Les manœuvres de coordination des mains, les épreuves des bras tendus et des jambes fléchies et les épreuves cérébelleuses ont été toutes réussies de manière symétrique, sans erreur. La position debout et de la marche était sans particularité, l'épreuve de Romberg stable, la marche sur une ligne normale et la position monopodale stable. Au niveau de la sensibilité, il n'y avait aucun trouble des sensibilités épicroticienne, douloureuse et pallésthésique aux quatre membres. Quant à la tension artérielle, elle était de 140/90 mmHg avec des pulsations régulières et aucune anomalie à l'auscultation cardiaque. L'expert T._____ a pour le surplus observé qu'un examen sanguin, qu'il a lui-même prescrit, avait démontré l'absence de toute anomalie sanguine significative, en particulier, l'absence de microcytose, pas d'augmentation des réticulocytes, signes fréquents en cas d'hémoglobinopathie, et que l'examen microscopique n'avait pas démontré de forme en faucille pouvant évoquer une drépanocytose. Une radiographie du thorax, requise également par l'expert T._____, avait mis en évidence une hypertransparence du lobe pulmonaire supérieur gauche. A cet égard, même si l'expert a relevé qu'aucune évaluation de l'éventuelle incidence de l'atrophie du lobe supérieur du poumon gauche sur les capacités d'effort qui pourrait justifier les plaintes de dyspnée d'effort n'avait été réalisée, il a tenu compte d'une éventuelle limitation en lien avec cette atteinte puisqu'il a préconisé une activité sans effort physique important. En définitive, il y a lieu de constater que le rapport du Dr T._____ est pleinement probant. Tous les examens mis en œuvre depuis 2010 vont d'ailleurs dans le sens d'une amélioration. Les craintes qu'exprime la recourante quand elle explique que son objectif principal est de rester en vie ne sont pas fondées. On relèvera à cet égard que le Dr

N._____ a proposé de revoir la patiente seulement cinq ans plus tard, dès lors que son état de santé présentait une stabilité (cf. rapport du 6 janvier 2016).

Le rapport de la Dre S._____ du 6 mai 2020 ne permet pas de parvenir à une autre conclusion. Cette médecin n'y amène en effet pas d'élément qui aurait été ignoré par l'expert. Ce dernier a en particulier tenu compte du fait qu'il convenait de limiter les facteurs pouvant augmenter la pression artérielle chez la personne assurée, facteur principal d'aggravation de l'anévrisme et d'éventuelles ruptures (efforts physiques limités en durée et en intensité, éviter le travail de nuit et le travail posté). L'expert a ainsi admis que ces deux conditions étaient des facteurs aggravant ou déclenchant une hypertension et augmentant donc le risque d'augmentation de la taille de l'anévrisme non traité via une hausse de la tension artérielle. Il a cependant estimé que le profil d'effort auquel était soumise une aide-soignante, profession qu'exerce la personne assurée, était tout à fait adéquat avec la situation médicale (cf. rapport d'expertise, p. 14). L'expert a ajouté qu'en l'absence d'éléments objectifs expliquant les plaintes de l'assurée, le travail en tant qu'infirmière assistante dans un EMS était adéquat avec ses capacités, et ne présentait pas de danger particulier concernant une éventuelle aggravation de l'anévrisme persistant de la carotide interne gauche dans sa partie caverneuse (*ibidem*, p. 14). L'expert a ainsi valablement pris en considération le risque évoqué par la médecin traitant, sans qu'il n'y ait lieu de remettre en cause son rapport pour ce motif.

On relèvera encore que s'il ressort du dossier que la recoursante présente toujours un anévrisme de la branche caverneuse de l'artère carotide gauche, lequel est stable depuis 2010, et que le risque de saignement ou de rupture de cet anévrisme est faible, mais pas nul, ce qui peut inquiéter cette dernière, aucune mesure particulière permettrait de réduire ce risque hormis un bon contrôle de son hypertension et un suivi régulier. La situation actuelle est considérée comme normale et une réduction de son activité n'est pas à même de la protéger contre une évolution défavorable.

C'est en définitive à juste titre que l'intimé a supprimé le droit à la rente de la recourante par décision du 6 avril 2020, avec effet au 1^{er} juin 2020.

6. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée d'un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 6 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W. _____,
- 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 :