

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juillet 2011

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       MM. Jomini et Neu  
Greffier     :       M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Clarens, recourante, représentée par Me Romano Buob, avocat  
à Vevey,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, art. 16 et art. 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 al. 2  
LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en [...], travaille en qualité d'enseignante auprès de l'Etat de Vaud depuis [...]. Le 24 novembre 2003, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. S'agissant de l'atteinte à la santé, elle indiquait un accident de voiture le 27 mars 1995 ainsi que des problèmes dorsaux.

Par pli du 6 janvier 2004, le médecin cantonal adjoint, le Dr B.\_\_\_\_\_, a adressé à l'OAI le dossier de l'assurée. Il en ressort que l'intéressée a été victime d'un accident de la circulation le 27 mars 1995 à Montreux et a présenté une fracture instable au niveau de C6, une fracture de la clavicule droite ainsi que des malaises et vertiges à répétition, l'incapacité de travail étant de 100%. En raison de cervicoscapulalgies chroniques ponctuées régulièrement par des exacerbations de douleurs, l'assurée a bénéficié depuis le 30 janvier 2003 d'un suivi au centre de la Douleur Riviera à Montreux, auprès du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie. Le 17 septembre 2003, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervicoscapulalgies chroniques sur instabilité segmentaire C4-C5 C6-C7 post-traumatique, étages adjacents.

L'OAI a requis l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du service de neurochirurgie du CHUV. Le 24 janvier 2004, ce médecin a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques suite à un traumatisme cervical depuis 1995, fait référence à un traitement depuis le 13 octobre 2003 et retenu que l'exercice d'une activité légère évitant le port de lourdes charges était exigible. Concernant les limitations fonctionnelles, il a notamment indiqué que l'assurée ne pouvait pas travailler en hauteur ou sur une échelle et qu'elle présentait une capacité de travail de 80% depuis novembre 2003.

Sur le plan économique, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 18 février 2004, le service du personnel de l'Etat de

Vaud a indiqué que l'assurée réalisait un salaire mensuel de 7'956 fr. 08 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et que son horaire de travail normal était de 28 périodes par semaine. A été jointe une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accident, datée du 21 janvier 2004, indiquant un total de 518 jours d'absence pour cause de maladie entre le 2 avril 2001 et le 12 janvier 2004, pour des taux d'absence oscillant entre 100% et 46,4286%.

L'OAI s'est également adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne à La Tour-de-Peilz et médecin traitant de l'assurée. Dans un rapport du 15 juin 2004, ce praticien a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif connu depuis au moins 2001 et de status post-fracture instable C5 et C6 suivi de fixation en 1995, puis attesté de périodes d'incapacité de travail oscillant entre 100% et 40% du 15 janvier au 26 mai 2004. Il a retenu ce qui suit dans ses conclusions:

"Cette patiente a donc présenté en 1995 suite à un accident de voiture une fracture instable de C5/C6 opérée par fixation. Depuis lors, sont apparues des douleurs intermittentes ayant des répercussions sur sa capacité de travail et entraînant de nombreux arrêts de travail. Différents consultants ont été sollicités (Dr S.\_\_\_\_\_, neurochirurgien à Montreux, service de neurochirurgie du CHUV). Aucune intervention chirurgicale n'a été définitivement retenue malgré la persistance des douleurs. Un traitement antalgique à la demande ainsi que physiothérapeutique associé à une limitation de sa durée de travail semblent être les meilleurs arguments pour une évolution acceptable et supportable.

Une situation psycho-sociale difficile ainsi qu'un métier sollicitant une bonne résistance psychique sont des éléments défavorables pour envisager une reprise du travail et un temps complet. De ces différents points résultent qu'une rente à 50% serait une bonne solution".

Dans le cadre de l'instruction du cas, le dossier de la [...], assureur-accidents, a été transmis le 6 octobre 2004 à l'OAI. Y figurent notamment les documents médicaux suivants:

- Une déclaration d'accident du 30 mars 1995, retenant que l'assurée a été blessée à la clavicule et à la main gauche suite à l'accident du 27 mars 1995, les cervicales étant touchées, la clavicule cassée, en plus de contusions.

- Un rapport du 10 avril 1995 du service de chirurgie de l'Hôpital de Montreux, posant le diagnostic de fracture-tassement de C6 avec rupture de l'appareil ligamentaire postérieur de la colonne cervicale, de fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite avec luxation acromio-claviculaire, de contusion de la tête du 3<sup>ème</sup> métacarpien de la main gauche et de tendance à l'hypotension artérielle.

- Un rapport du 28 juin 1995 du service de neurochirurgie du CHUV, indiquant que l'assurée a été opérée le 11 avril 1995 par spondylodèse selon Smith-Robinson avec fixation d'une plaque de Morscher pour une fracture instable de C6; une radiographie de la colonne cervicale a montré une bonne fusion sans glissement, entre flexion et extension.

- Un rapport du 17 janvier 1997 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie à Vevey, posant notamment les diagnostics de status après tympanoplastie bilatérale en 1983 et 1986 et de comportement de type anorexique avec suivi psychiatrique actuel.

- Un rapport du 6 mars 2003 du Dr H.\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH à Lausanne, relatant les antécédents de l'assurée, signalant de multiples opérations ORL (otites à répétition et ostéosclérose), puis procédant à un examen neurochirurgical - considéré selon ce spécialiste comme rassurant et ne montrant pas de déficit - et proposant des examens complémentaires.

- Un rapport du 17 mars 2003 du Dr H.\_\_\_\_\_, se référant à une IRM et angio-IRM cervicale le 13 mars 2003, ne retenant pas de proposition thérapeutique particulière pour des chutes de type drop attack, suggérant un traitement conservateur pour des cervicalgies et des céphalées tensionnelles, puis proposant notamment un traitement dans un centre d'antalgie.

- Un rapport du 18 mars 2003 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne, infirmant la présence d'une atteinte neurologique majeure associée aux séquelles de l'accident de 1995 ou à une autre pathologie du système nerveux central et périphérique.

- Un rapport du 13 octobre 2003 du Dr W.\_\_\_\_\_, retenant qu'il n'y avait aucune indication neurochirurgicale, puis proposant en particulier que l'assurée suive un traitement conservateur avec des anti-inflammatoires.

- Un rapport du 29 août 2003 du Dr V.\_\_\_\_\_, attestant d'un résultat mitigé après des infiltrations facettaires, relevant que l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail de 25% à 50% de manière définitive, relevant que le volet somatique comportait un volet psychologique complexe.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un avis médical du 20 octobre 2004 des Drs R.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, a requis un examen psychiatrique.

Le 14 janvier 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies séquellaires chroniques, de syndrome cervical vertébral modéré sous listhésis stable C4-C5 et de status après fracture instable C5-C6 opérée par fixation C5-C6. Il a remis un rapport du 25 février 2004 du Dr W.\_\_\_\_\_, attestant d'un examen neurologique normal avec un syndrome cervical vertébral modéré, puis retenant, au vu de l'aspect stationnaire de la symptomatologie et même d'une discrète amélioration, une augmentation du taux de travail de 50% à 70%.

Le 11 mars 2005, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique au SMR. Dans son rapport du 18 mars 2005, la psychiatre du SMR a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité anankastique et narcissique, non décompensé, et de trouble de l'alimentation, probable anorexie mentale. Elle a ensuite retenu sur le plan

psychiatrique une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis au moins 2001.

Se référant notamment à l'examen psychiatrique du 11 mars 2005, dans un rapport d'examen du 30 mars 2005, les Drs R.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, du SMR, ont retenu l'atteinte principale à la santé de trouble mixte de la personnalité anankastique et narcissique, non décompensé, puis une incapacité de travail de 50% dans toute activité, depuis le 25 août 2003.

Dans une communication du 31 mars 2005 adressée à la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, l'OAI s'est référé à un degré d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2004 et a indiqué qu'une révision du droit à la rente était prévue en date du 1<sup>er</sup> avril 2008. Par décisions des 24 juin et 26 septembre 2005, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2005, respectivement du 1<sup>er</sup> août 2004 au 30 juin 2005. Ces décisions n'ont pas été contestées.

**B.** Dans un questionnaire de révision de la rente rempli le 15 avril 2008, l'assurée a répondu qu'elle avait eu des absences de travail depuis l'octroi de sa demi-rente du 8 au 11 janvier 2007 en raison d'une gastrite, du 15 au 22 février 2007 en raison d'un accident de voiture et du 17 septembre au 5 octobre 2007 en raison d'une fracture du sacrum. Elle précisait en outre sous la rubrique "remarques" du questionnaire que son taux d'activité actuel, depuis la décision du médecin cantonal et de l'OAI, était de 65%.

Dans un extrait du compte individuel de l'assurée du 25 avril 2008, transmis à l'OAI, la caisse cantonale vaudoise de compensation a indiqué un salaire annuel de 66'258 fr. en 2006 et de 66'990 fr. en 2007.

Le 18 mai 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ a signalé une réactivation des cervicalgies en 2007, mais avec une évolution favorable, des cervicalgies résiduelles puis indiqué un risque d'invalidité majoré. Il s'est référé à son précédent rapport et a mentionné une baisse de la concentration et une

surcharge psychique, la capacité de travail étant de 50%. Il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles, valables depuis 2004, avec notamment le port de charges limité à 10 kilos.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 17 juin 2008, le service du personnel de l'Etat de Vaud a relevé que l'assurée recevait un salaire mensuel de 5'218 fr. 02 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et un salaire annuel de 66'258 fr. 15 en 2006 et de 66'990 fr. 12 en 2007, y compris le 13<sup>ème</sup> salaire. A été jointe une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accidents, datée du 16 juin 2008, mentionnant 53 jours d'absence entre le 23 mai 2005 et le 6 mai 2008 pour cause de maladie.

Le 10 mars 2009, l'assurée a rempli le formulaire 531bis de l'OAI, indiquant que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100% en qualité d'enseignante, pour raisons financières et d'épanouissement personnel.

Dans un rapport du 23 septembre 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était identique par rapport à son rapport du 20 mai 2008, que la situation actuelle était inchangée et que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes qu'en 2008, la capacité de travail exigible de 50% et l'état de santé stationnaire.

Dans un nouveau questionnaire pour l'employeur rempli le 28 octobre 2009, le service du personnel de l'Etat de Vaud a relevé que l'assurée recevait un salaire mensuel de 6'246 fr. 92 depuis le 1<sup>er</sup> août 2009, ainsi qu'un salaire annuel en 2008 de 72'511 fr. 45 (comprenant un salaire de base de 62'616 fr. 24, un rattrapage 2008, des périodes complémentaires, le 13<sup>ème</sup> salaire et le 13<sup>ème</sup> salaire pour auxiliaire). A été jointe une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accidents, datée du 22 octobre 2009, mentionnant 16 jours d'absence entre le 2 septembre 2008 et le 22 avril 2009 pour cause de maladie.

Le 25 janvier 2010, la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud a fait état d'un nouveau décompte pour 2009,

le salaire annuel en 2009 (13<sup>ème</sup> salaire y compris) étant de 73'385 fr. 71 au taux d'activité de 64.2857%, plus un rattrapage DECFO de 234 fr. 34 (soit 73'620 fr. 05) et de 114'155 fr. 57 au taux d'activité de 100%, plus un rattrapage DECFO de 382 fr. (soit 114'537 fr. 57).

Dans un projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui supprimer le droit à la rente, se référant aux motifs suivants:

"En 2005, lors de l'octroi de la rente AI (inv. 50%) dès le 1<sup>er</sup> août 2004, nous avons retenu que vous aviez réduit votre taux d'activité à 50% depuis le 25 août 2003 et que par la suite vous aviez progressivement augmenté votre taux d'activité à environ 65% (soit 18 périodes sur 28, valable dès le 1<sup>er</sup> mars 2005).

Dans la mesure où de nombreuses périodes d'incapacités de travail totales avaient toutefois été attestées, nous avons estimé votre degré d'invalidité (50%) sur la base de l'incapacité de travail de 50% reconnue médicalement, selon les renseignements médicaux et l'avis du Service Médical Régional recueillis.

[...]

Selon les nouvelles pièces médicales dont nous disposons, votre capacité de travail est toujours de 50%. Il ressort des renseignements économiques (employeur), que vous poursuivez votre activité d'enseignante à un taux de 65%, soit 18 périodes sur 28. Vous ne présentez pas d'absences de longues durées, sauf quelques jours isolés tant pour la 2<sup>ème</sup> moitié de l'année 2008 que pour l'année 2009.

En comparant votre situation prévalant lors de l'octroi initial de votre rente à celle de ce jour, nous pouvons constater que votre situation s'est améliorée dans le sens où vous avez réussi à mettre en valeur le taux d'activité de 65% sur la durée sans absences significatives et non plus au prix d'un effort trop important.

Après examen de votre dossier par le service juridique et analyse économique effectuée par notre service d'enquêtes, il ressort que, sans atteinte à la santé en 2009, vous auriez pu prétendre en exerçant votre activité (maîtresse secondaire brevetée), à temps complet à un salaire annuel de Fr.114'538.-.

Nous avons donc calculé votre préjudice économique en comparant ce montant à celui que vous réalisez actuellement.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible en 2009

sans invalidité	CHF 114'538.00
avec invalidité	CHF 73'620.00

La perte de gain s'élève à CHF 40'917.00 = un degré d'invalidité de 35,72%  
Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint".

Lors d'un entretien le 8 février 2010, l'assurée a déclaré à l'OAI que dès le 15 février 2010 son taux serait diminué à 15 périodes par semaine et a annoncé qu'elle enverrait une confirmation écrite attestant d'un changement de taux, un nouveau contrat ainsi que des pièces du médecin cantonal.

Dans un formulaire daté du 10 février 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome cervical chronique et de troubles de l'adaptation, sans attester d'arrêt de travail. La capacité de travail a été évaluée à 53.5%, le pronostic de reprise étant bon en cas de travail à 53.5% pour des raisons pratiques liées à la fonction. Il a mentionné un stress personnel majeur avec le décès récent du père de la patiente. Il a suggéré que l'assurée travaille à 50% avec des heures bloquées, dans des classes sans problèmes majeurs et plutôt dans le cadre de demi-journées.

Le 11 février 2010, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a indiqué qu'un médecin de la santé au travail lui avait conseillé, le 3 février 2010, de restreindre son taux d'activité, puis a expliqué qu'elle était en proie à des insomnies rebelles et des angoisses depuis le décès de son père en juillet 2009, que son médecin généraliste, le Dr C.\_\_\_\_\_, avait attesté qu'elle ne pouvait enseigner que 15 périodes au lieu de 18 dès le 15 février 2010 et qu'elle avait repris contact avec le Dr X.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Clarens, suite à une urgence le 4 février 2010.

Elle a déposé un certificat médical du 5 février 2010 du Dr C.\_\_\_\_\_, attestant que le travail pouvait être repris à 53.5% dès le 5 février 2010, et un rapport de ce praticien du 5 février 2010, faisant état d'un allègement d'horaire pour raisons médicales, avec suppression d'une classe pour l'allemand.

Dans un courrier du 4 mars 2010, confirmant un entretien téléphonique, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle n'avait pas de nouveau contrat de travail, le certificat médical faisant foi quant à la diminution des périodes d'enseignement, en attendant une décision des médecins.

L'OAI a requis des explications au Dr C.\_\_\_\_\_, lequel a répondu en particulier de la façon suivante dans un rapport du 12 mars 2010:

"Rappelons qu'elle est connue pour un syndrome cervical chronique post opératoire, ainsi que des troubles de l'adaptation. Il n'y a pas eu d'arrêt de travail récent. Si la situation a été stable jusqu'à présent, c'est que son taux de travail est totalement adapté. Il faudrait lui octroyer une capacité de travail à 53,5%. Une adaptation des horaires est également à voir avec l'établissement qui l'emploie pour éviter une surcharge trop importante permettant de la garder dans le circuit professionnel. Ceci est également possible grâce à une médication psychotrope.

La situation s'est quelque peu décompensée avec le décès de son père récemment, mais si les mesures décrites ci-dessus peuvent être réalisées, il n'y a pas lieu de craindre une aggravation durable de son état".

Dans un rapport du 19 mars 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu un état de santé stationnaire et, notamment, les diagnostics d'état de stress post-traumatique (ci-après: PTSD), de trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques et de déficit bilatéral de l'audition. Il a mentionné une nouvelle rechute dépressive avec anxiété généralisée en janvier 2010, quelques mois après le décès du père de l'assurée, relevant qu'elle devait dans ce contexte diminuer son temps de travail de 18 à 15 périodes par semaine. Il a ensuite retenu que la diminution du taux d'activité de trois périodes par semaine associée au traitement psychiatrique en cours semblait permettre une certaine stabilité, sous réserve de nouveaux moments critiques. Il a évalué l'incapacité de travail à environ 50% en tant qu'enseignante du secondaire, depuis le 15 février 2010. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué des troubles du sommeil, une fatigabilité, des troubles de l'humeur et une anxiété généralisée, en plus de douleurs somatiques.

Le 19 mai 2010, la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud a indiqué que, depuis janvier 2010, l'assurée avait été absente les 15 et 16 mars 2010 en raison de maladie et que son taux d'occupation était de 18 périodes sur 28, soit 64.28%. Des décomptes de salaires datés du 19 mai 2010 ont été joints, indiquant notamment un salaire net de 5'286 fr. 95 en janvier 2010, de 5'094 fr. 05 en février 2010 et de 5'094 fr. 05 en mars 2010.

Par décision du 8 juin 2010, l'OAI a supprimé le droit à la demi-rente d'invalidité de l'assurée à compter du premier jour du deuxième mois suivant sa notification, en se référant aux mêmes motifs que ceux du projet de décision.

Dans une motivation complémentaire à cette décision du 8 juin 2010, l'OAI a expliqué à l'assurée que, selon les renseignements à sa disposition, cette dernière enseignait toujours 18 périodes sur 28 et qu'elle était toujours à même de poursuivre cet horaire, hormis deux jours, de sorte qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux permettant de modifier l'issue du projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2010.

**C.** Par acte du 12 juillet 2010 de son mandataire, Z.\_\_\_\_\_ fait recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclut, avec suite de dépens, à l'annulation, respectivement la réforme de la décision de l'OAI du 8 juin 2010, en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité soit reconnu, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%.

Elle fait valoir en substance qu'elle souffre d'une otite moyenne chronique sécrétoire bilatérale depuis l'enfance, avec perte de 54% à droite et de 36% à gauche, ce qui engendre des difficultés dans son activité et une importante fatigue. Se référant au rapport médical du 19 mars 2010 du Dr X.\_\_\_\_\_, elle explique qu'elle a subi une nouvelle rechute dépressive avec anxiété généralisée en janvier 2010 et doit dans ce contexte diminuer son temps de travail de 18 à 15 périodes par semaine, que le Dr X.\_\_\_\_\_ a certifié dans son certificat médical du 28 juin 2010 qu'elle suivait un traitement pour un trouble dépressif sévère

récurrent sans symptôme psychotique depuis le 4 février 2010 et que l'actuelle remise en question de sa rente par l'AI constituait une source d'angoisse et compromettait potentiellement sa capacité de travail restante, ajoutant que, selon le Dr C. \_\_\_\_\_ (courrier du 24 juin 2010), la suppression de la rente pourrait décompenser la situation et déboucher sur des arrêts de travail complets et prolongés. Elle soutient que la décision attaquée de l'OAI ne prend pas en compte sa situation personnelle - en particulier le fait qu'elle a laissé de côté vie sociale, sportive et sentimentale pour faire face à son activité d'enseignante avec un régime de 18 périodes sur 28 -, que c'est au prix d'efforts extraordinaires qu'elle s'accroche à son activité à hauteur de 65%, que la décision attaquée est arbitraire - dès lors qu'elle ne tient pas compte de sa fragilité psychique et de ses efforts pour se maintenir dans son travail - et que le recul est insuffisant pour soutenir que sa situation s'est améliorée par rapport à 2005. Elle ajoute que l'OAI, lors de l'octroi initial de la demi-rente, avait estimé qu'elle travaillait au-dessus de ses forces et qu'une partie de son salaire, soit 15%, correspondait à une part de salaire social.

A titre de mesures d'instruction, la recourante demande à être entendue et requiert l'assignation en qualité de témoin de sa mère. Dans le courrier accompagnant son acte de recours, elle requiert la restitution de l'effet suspensif au recours.

A l'appui de son recours, l'assurée produit les documents suivants:

- Un rapport médical du 9 mars 2005 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie à Vevey, posant notamment les diagnostics d'otite moyenne chronique sécrétoire bilatérale depuis l'enfance, sur dysfonction tubaire majeure, de status après tympanoplastie de type I gauche et droite, et de status après dysphonie hyperfonctionnelle. La pose d'un drain transtympanique droit a été effectuée le 21 décembre 2004. Un audiogramme le 10 décembre 2004 a montré une surdité de transmission bilatérale et une perte auditive tonale

de 40.4% à droite et de 16.6% à gauche. Ce médecin a relevé que l'assurée avait nécessité de multiples interventions otologiques des deux cotés avec une audition fluctuante, correspondant à une surdité de transmission de degré léger à modéré à gauche, modéré à droite. Moyennant la surveillance voire la pose de drain, il a relevé que l'audition de l'assurée ne constituait pour l'instant pas un handicap auditif suffisant pour diminuer la qualité de sa communication avec ses élèves.

- Un courrier du 27 avril 2005 du directeur général de l'enseignement obligatoire, exposant à l'assurée que le médecin cantonal s'était prononcé en faveur d'une cessation d'activité partielle définitive pour cause d'invalidité et que son contrat de travail en qualité de maîtresse secondaire était modifié avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2005, son taux d'activité étant désormais de 64.2857%.

- Un contrat de travail du 25 juillet 2007 de durée indéterminée entre la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud et l'assurée, indiquant un taux d'occupation de 64.2857% (18 périodes sur 28) pour un salaire en 2007 de 66'990 fr. 16 (y compris 13<sup>ème</sup> salaire).

- Un rapport du 8 juillet 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino laryngologie, posant les diagnostics d'otite sécrétoire droite avec perte auditive mixte grave droite, de surdité de perception de gravité moyenne gauche, de status après mise en place de drain transtympanique gauche et de status après multiples drains transtympaniques droits expulsés. Seule une nouvelle tentative de mise en place de drain paraissait susceptible d'améliorer la ventilation de l'oreille moyenne, ce médecin suggérant au Dr N.\_\_\_\_\_ de retenter la mise en place d'un drain et de proposer à l'assurée la mise en place d'un appareillage à même de diminuer la fatigue chronique induite par le besoin de se concentrer.

- Un courrier du 24 juin 2010 du Dr C.\_\_\_\_\_ adressé au conseil de l'assurée, relevant ce qui suit:

"Rappelons qu'elle est au bénéfice d'une rente AI partielle depuis 2004 avec un métier d'enseignante extrêmement exigeant et que ce taux est actuellement tout à fait compatible avec la poursuite de son activité dans des conditions optimales.

Suite au décès de son père il y a quelques mois, elle a présenté une décompensation ayant nécessité une médication psychotrope plus importante.

[...]

Nous avons signifié à l'office AI qu'il n'était pas question de modifier la situation actuelle et que son emploi devrait être maintenu à 18 périodes par semaine. La suppression de la rente pourrait décompenser rapidement la situation et déboucher sur des arrêts de travail complets et prolongés, ainsi qu'une situation psychologique intenable.

De plus, elle présente des troubles de l'audition chroniques qui ne sont pas améliorables par des mesures médicales et qui nuisent à sa concentration dans un environnement souvent difficile et bruyant.

A noter aussi l'importante pénibilité du travail de base et de surcroît aggravée par des classes difficiles. Les efforts extraordinaires consentis pour maintenir la situation à un taux d'activité de 65% sont à relever.

Il est de plus dommageable qu'une révision négative de sa situation lui fasse courir un risque d'aggravation de son état.

En conséquence, il me semble justifié pour ces multiples raisons de ne rien modifier à la situation antérieure".

- Un certificat médical du 28 juin 2010 du Dr X.\_\_\_\_\_, formulé comme suit:

"[Mme Z.\_\_\_\_\_] suit un traitement pour un trouble dépressif sévère récurrent, sans symptôme psychotique (F33.3) depuis le 4 février 2010. La patiente souffre d'une fragilité psychique devenue manifeste depuis son accident de voiture en 1995. Elle a présenté, à plusieurs périodes de sa vie, des crises qui ont été traitées en ambulatoire. D'un point de vue professionnel sa situation est actuellement stable avec une activité d'enseignante de 18 sur 28 périodes. Cet équilibre, rendu possible, entre autre, par l'octroi d'une rente AI à 50% reste cependant fragile. L'actuelle remise en question par l'AI de la rente constitue une source d'angoisse pour Mme Z.\_\_\_\_\_ et compromet potentiellement sa capacité de travail restante. Cette situation ne tient pas compte des efforts importants délibérés pour maintenir le taux d'activité de 18 périodes sur 28 au mépris d'un investissement de la vie sociale".

Par ordonnance du 28 juillet 2010, la juge instructrice a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif, considérant notamment qu'il n'apparaissait pas d'emblée que la décision attaquée devait être annulée parce qu'elle aurait supprimé manifestement à tort le droit à une demi-rente d'invalidité.

**D.** Dans sa réponse du 18 octobre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, relevant que les arguments de la recourante ne permettent pas de remettre en cause sa position. Selon l'OAI, on ne saurait faire abstraction du travail effectivement réalisé par l'assurée, tout comme du revenu effectivement gagné, dès lors que les conditions de travail sont particulièrement stables avec un taux de 65% depuis 2005, l'assurée ne travaillant en outre pas au-dessus de ses forces. Il existe donc manifestement une modification des circonstances entre 2005 et 2010, où le taux d'activité est bien stabilisé avec beaucoup moins d'absences. L'OAI ajoute que le Dr X.\_\_\_\_\_, dans ses lignes du 28 juin 2010, confirme que la situation est stable avec une activité d'enseignante de 18 périodes sur 28 et que l'appréciation de ce médecin sur les effets d'une suppression du droit à la demi-rente ne constitue qu'une hypothèse non démontrée médicalement.

Il n'y a pas eu d'autres échanges d'écritures.

### **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 à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 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 (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette

à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

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

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en

charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c; 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent 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 et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**c)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la

rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C\_532/2007 du 28 mars 2008 consid. 2.2.1).

**d)** 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 et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références citées; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 prévalant à l'époque

de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

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).

Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité.

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 (art. 88a al. 1 RAI). La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

**4.** En l'espèce, il y a lieu d'examiner si les conditions étaient réunies pour que l'office intimé supprime avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée le droit à la demi-rente de la recourante, allouée à cette dernière par décisions des 24 juin et 26 septembre 2005. En premier lieu, on examinera si l'état de santé de l'assurée s'est notablement modifié par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente d'invalidité.

**a)** Le 27 mars 1995, l'assurée a été victime d'un accident (déclaration d'accident du 30 mars 1995), occasionnant une fracture-tassement de C6 avec rupture de l'appareil ligamentaire postérieur de la colonne cervicale, une fracture de l'extrémité distale de la clavicule droite avec luxation acromio-claviculaire et une contusion de la tête du 3<sup>ème</sup> métacarpien de la main gauche (rapport du 10 avril 1995 du service de chirurgie de l'Hôpital de Montreux).

Dans un rapport du 6 mars 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_ a notamment relaté les antécédents de l'assurée, signalant de multiples opérations ORL (otites à répétition et ostéosclérose), puis a procédé à un examen neurochirurgical - considéré comme rassurant et ne montrant pas de déficit - et a proposé des examens complémentaires. Le 17 mars 2003, se référant à une IRM et angio-IRM cervicale le 13 mars 2003, le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de proposition thérapeutique particulière pour des chutes de type drop attack, suggérant un traitement conservateur pour des cervicalgies et des céphalées tensionnelles, puis a proposé notamment un traitement dans un centre d'antalgie. Dans un rapport du 18 mars 2003, le Dr T.\_\_\_\_\_ a infirmé la présence d'une atteinte neurologique majeure associée aux séquelles de l'accident de 1995 ou à une autre pathologie du système nerveux central et périphérique.

Le 29 août 2003, le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait état d'un résultat mitigé après des infiltrations facettaires, relevant que l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail de 25% à 50% de manière définitive, puis ajoutant que le volet somatique comportait un volet psychologique

complexe. Le 17 septembre 2003, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervicoscapulalgies chroniques sur instabilité segmentaire C4-C5 C6-C7 post-traumatique, étages adjacents. Le 13 octobre 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'y avait aucune indication neurochirurgicale et proposé en particulier que l'assurée suive un traitement conservateur avec des anti-inflammatoires.

Le 24 janvier 2004, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques suite à un traumatisme cervical depuis 1995, fait référence à un traitement depuis le 13 octobre 2003 et retenu que l'exercice d'une activité légère évitant le port de lourdes charges était exigible; concernant les limitations fonctionnelles, ce médecin a notamment indiqué que l'assurée ne pouvait pas travailler en hauteur ou sur une échelle et qu'elle présentait une capacité de travail de 80% depuis novembre 2003.

Dans un rapport du 15 juin 2004, le Dr C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif connu depuis au moins 2001 et de status post-fracture instable C5 et C6 suivi de fixation en 1995, puis a attesté de périodes d'incapacité de travail oscillant entre 100% et 40% du 15 janvier au 26 mai 2004. Il a signalé l'apparition de douleurs intermittentes entraînant de nombreux arrêts de travail et a relevé qu'aucune intervention chirurgicale n'avait été définitivement retenue malgré la persistance des douleurs, les traitements antalgiques et de physiothérapie étant les meilleurs arguments pour une évolution acceptable et supportable. Il a relevé qu'une situation psycho-sociale difficile et un métier sollicitant une bonne résistance psychique empêchaient une reprise du travail à temps complet, une rente à 50% étant "une bonne solution".

Le 14 janvier 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies séquellaires chroniques, de syndrome cervical vertébral modéré sous listhésis stable C4-C5 et de status après fracture instable C5-C6 opérée par fixation C5-C6. Il a remis un rapport du 25 février 2004 du Dr W.\_\_\_\_\_, attestant d'un examen neurologique normal

avec un syndrome cervical vertébral modéré, puis retenant, au vu de l'aspect stationnaire de la symptomatologie et même d'une discrète amélioration, une augmentation du taux de travail de 50% à 70%.

Le 11 mars 2005, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique. Dans son rapport du 18 mars 2005, la psychiatre du SMR a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité anankastique et narcissique, non décompensé, et de trouble de l'alimentation, probable anorexie mentale; elle a ensuite retenu sur le plan psychiatrique une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, depuis au moins 2001. Dans un rapport d'examen du 30 mars 2005, le SMR a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble mixte de la personnalité anankastique et narcissique, non décompensé, puis une incapacité de travail de 50% dans toute activité, depuis le 25 août 2003.

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision, plusieurs rapports médicaux ont été versés au dossier. Le 9 mars 2005, le Dr N.\_\_\_\_\_ a ainsi notamment posé les diagnostics d'otite moyenne chronique sécrétoire bilatérale depuis l'enfance, sur dysfonction tubaire majeure, de status après tympanoplastie de type I gauche et droite, et de status après dysphonie hyperfonctionnelle. La pose d'un drain transtympanique droit a été effectuée le 21 décembre 2004. Un audiogramme le 10 décembre 2004 a montré une surdité de transmission bilatérale et une perte auditive tonale de 40.4% à droite et de 16.6% à gauche. Ce médecin a relevé que l'assurée avait nécessité de multiples interventions otologiques des deux cotés avec une audition fluctuante, correspondant à une surdité de transmission de degré léger à modéré à gauche, modéré à droite. Moyennant la surveillance voire la pose de drain, il a relevé que l'audition de l'assurée ne constituait pour l'instant pas un handicap auditif suffisant pour diminuer la qualité de sa communication avec ses élèves.

Le 18 mai 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_ a signalé une réactivation des cervicalgies en 2007, mais avec une évolution favorable, des cervicalgies

résiduelles puis indiqué un risque d'invalidité majoré. Il s'est référé à son précédent rapport et a mentionné une baisse de la concentration et une surcharge psychique, la capacité de travail étant de 50%. Il s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles, valables depuis 2004, avec notamment le port de charges limité à 10 kilos. Dans un rapport du 23 septembre 2009, ce praticien a retenu que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était identique par rapport à son rapport du 20 mai 2008, que la situation actuelle était inchangée et que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes qu'en 2008, la capacité de travail exigible de 50% et l'état de santé stationnaire.

Dans un rapport du 8 juillet 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'otite sécrétoire droite avec perte auditive mixte grave droite, de surdité de perception de gravité moyenne gauche, de status après mise en place de drain transtympanique gauche et de status après multiples drains transtympaniques droits expulsés. Seule une nouvelle tentative de mise en place de drain paraissait susceptible d'améliorer la ventilation de l'oreille moyenne, ce médecin suggérant au Dr N. \_\_\_\_\_ de retenter la mise en place d'un drain et de proposer à l'assurée la mise en place d'un appareillage à même de diminuer la fatigue chronique induite par le besoin de se concentrer.

Dans des certificats médicaux du 5 février 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ a attesté que le travail pouvait être repris à 53.5% d s le 5 février 2010, respectivement fait état d'un all gement d'horaire pour raisons médicales, avec suppression d'une classe pour l'allemand. Le 10 février 2010, ce praticien a posé les diagnostics de syndrome cervical chronique et de troubles de l'adaptation, sans attester d'arrêt de travail. La capacité de travail a été évaluée à 53.5%, le pronostic de reprise étant bon en cas de travail à 53.5% pour des raisons pratiques liées à la fonction. Il a mentionné un stress personnel majeur avec le décès récent du père de l'assurée. Il a suggéré que celle-ci travaille à 50% avec des heures bloquées, dans des classes sans problèmes majeurs et plutôt dans le cadre de demi-journées.

Le 12 mars 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que la situation avait été stable jusqu'à présent, en raison d'un taux de travail totalement adapté, et qu'il fallait octroyer à l'assurée une capacité de travail à 53,5%, suggérant une adaptation des horaires afin d'éviter une surcharge trop importante. Il a relevé que la situation s'était quelque peu décompensée avec le décès du père de l'assurée, précisant qu'il n'y avait pas lieu de craindre une aggravation durable si les mesures décrites ci-dessus étaient respectées.

Dans un rapport du 19 mars 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu un état de santé stationnaire et, notamment, les diagnostics de PTSD, de trouble dépressif sévère récurrent sans symptômes psychotiques et de déficit bilatéral de l'audition. Il a mentionné une nouvelle rechute dépressive avec anxiété généralisée en janvier 2010, quelques mois après le décès du père de l'assurée, relevant qu'elle devait dans ce contexte diminuer son temps de travail de 18 à 15 périodes par semaine. Il a ensuite retenu que la diminution du taux d'activité de trois périodes par semaine associée au traitement psychiatrique en cours semblait permettre une certaine stabilité, sous réserve de nouveaux moments critiques. Il a évalué l'incapacité de travail à environ 50% en tant qu'enseignante du secondaire, depuis le 15 février 2010. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a indiqué des troubles du sommeil, une fatigabilité, des troubles de l'humeur, une anxiété généralisée, en plus de douleurs somatiques.

En date du 24 juin 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_ a expliqué que le taux d'enseignement de l'assurée était actuellement tout à fait compatible avec la poursuite de son activité dans des conditions optimales, qu'elle avait présenté une décompensation ayant nécessité une médication psychotrope plus importante suite au décès de son père et que la suppression de la rente pouvait décompenser rapidement la situation et déboucher sur des arrêts de travail complets et prolongés ainsi qu'une situation psychologique intenable. Il a ajouté que l'assurée présentait des troubles de l'audition chroniques non améliorables par des mesures médicales et nuisant à sa concentration dans un environnement souvent

difficile et bruyant. Ce médecin a relevé l'importante pénibilité du travail de base et les efforts extraordinaires consentis par l'assurée pour maintenir son taux d'activité à 65%.

Le 28 juin 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée suivait un traitement pour un trouble dépressif sévère récurrent, sans symptôme psychotique, depuis le 4 février 2010, qu'elle souffrait d'une fragilité psychique devenue manifeste depuis son accident de voiture en 1995 et qu'elle avait présenté, à plusieurs périodes de sa vie, des crises traitées en ambulatoire. D'un point de vue professionnel, il a relevé que la situation de sa patiente était actuellement stable avec une activité d'enseignante de 18 sur 28 périodes, que cet équilibre était fragile, que la remise en question par l'Al de la rente constituait une source d'angoisse pour l'assurée et compromettait potentiellement sa capacité de travail restante, ajoutant que cette situation ne tenait pas compte des efforts importants de l'intéressée pour maintenir le taux d'activité de 18 périodes sur 28 au mépris d'un investissement de la vie sociale.

**c)** Sur le plan somatique, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pas signalé l'apparition de nouvelles affections ou d'aggravation significative de l'état de santé de sa patiente, hormis une réactivation des cervicalgies avec une évolution favorable, et a retenu une capacité de travail de 50% (rapport du 18 mai 2008), taux qu'il avait déjà retenu dans son rapport du 15 juin 2004. Il s'est ensuite référé à une capacité de travail de 53.5%, correspondant selon lui au taux d'enseignement de l'assurée (rapports des 10 février et 12 mars 2010).

Concernant plus spécialement les troubles ORL, le Dr C.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assurée présentait des troubles de l'audition chroniques non améliorables par des mesures médicales et nuisant à sa concentration dans un environnement souvent difficile et bruyant (rapport du 24 juin 2010), mais il n'a pas retenu que cette affection justifiait en soi de retenir une incapacité de travail. A ce sujet, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué que, moyennant la surveillance voire la pose de drain, l'audition de l'assurée ne constituait pour l'instant pas un handicap auditif suffisant

pour diminuer la qualité de sa communication avec ses élèves (rapport du 9 mars 2005); le Dr G.\_\_\_\_\_ a suggéré de retenter la mise en place d'un drain et de proposer à l'assurée un appareillage à même de diminuer la fatigue chronique induite par le besoin de se concentrer (rapport du 8 juillet 2009). Dès lors, les troubles d'audition de l'assurée n'engendrent pas d'incapacité de travail, les spécialistes dans ce domaine n'ayant proposé que des mesures thérapeutiques. Au demeurant, les troubles de l'audition ont déjà été signalés dans les rapports relatifs à la demande de rente - le Dr H.\_\_\_\_\_ ayant relevé de multiples opérations ORL, otites à répétition et ostéosclérose (rapport du 6 mars 2003) et la Dresse D.\_\_\_\_\_ ayant posé le diagnostic de tympanoplastie bilatérale en 1983 et 1986 (rapport du 17 janvier 1997) - de sorte qu'il ne s'agit pas d'une affection nouvelle. Les problèmes auditifs, présents de longue date chez l'assurée, ne l'ont du reste pas empêchée d'exercer son activité professionnelle. On retiendra donc que l'assurée ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente, d'aggravation de la santé du point de vue somatique.

**d)** Du point de vue psychique, le Dr X.\_\_\_\_\_ a constaté une situation professionnelle stable et une incapacité de travail d'environ 50% en tant qu'enseignante du secondaire, depuis le 15 février 2010 (rapport du 19 mars 2010). Il a ensuite relevé que la situation de sa patiente était actuellement stable du point de vue professionnel, avec une activité d'enseignante de 18 sur 28 périodes, tout en relevant que cet équilibre était fragile et que la remise en question par l'Al de la rente constituait une source d'angoisse pour l'assurée et compromettrait potentiellement sa capacité de travail restante (rapport du 28 juin 2010). Le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a ainsi pas attesté de diminution concrète de la capacité de travail de sa patiente; il n'a émis qu'une possibilité selon laquelle ses angoisses pouvaient altérer la capacité de travail. Son avis doit en outre, en tant qu'il émane du psychiatre traitant, être apprécié avec les réserves d'usage. Par ailleurs, si ce médecin a indiqué que sa patiente le consultait depuis le 4 février 2010 et a évoqué ses angoisses ainsi que ses efforts importants pour maintenir son taux d'activité, il n'a pas pour autant mis en évidence d'aggravation significative et durable de son état de santé par rapport aux

circonstances prévalant lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité (rapport du 19 mars 2010).

Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre mais spécialiste en médecine interne, il a certes mentionné un stress personnel majeur avec le décès récent du père de l'assurée, ayant nécessité une médication psychotrope plus importante (rapports des 10 février, 12 mars et 24 juin 2010), mais il a relevé qu'il n'y avait pas lieu de craindre une aggravation durable en cas d'adaptation des horaires afin d'éviter une surcharge trop importante (rapport du 12 mars 2010). Si ce praticien a relevé que la "suppression de la rente pourrait décompenser rapidement la situation et déboucher sur des arrêts de travail complets et prolongés ainsi qu'une situation psychologique intenable" (rapport du 24 juin 2010), on relèvera que cette affirmation est une supposition. A cela s'ajoute que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, en tant que médecin traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage. On retiendra donc que l'assurée ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de sa demi-rente, d'aggravation de la santé du point de vue psychique.

**5.** Il reste à examiner si la suppression de la rente résulte d'un changement important de la capacité de gain de l'assurée, entre l'octroi de sa demi-rente d'invalidité et la décision attaquée.

**a)** Dans un courrier du 27 avril 2005, le directeur général de l'enseignement obligatoire, se référant à l'avis du médecin cantonal, a indiqué que le contrat de travail de l'assurée était modifié avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2005, le taux d'activité étant désormais de 64.2857%. Un contrat de travail du 25 juillet 2007 de durée indéterminée entre la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud et l'assurée se réfère à un taux d'occupation de 64.2857% (18 périodes sur 28) pour un salaire en 2007 de 66'990 fr. 16 (y compris le 13<sup>ème</sup> salaire). Antérieurement, son horaire de travail se montait à 28 périodes hebdomadaires (questionnaire pour l'employeur du 18 février 2004), soit à un taux d'activité de 100%.

Cela étant, indépendamment de la fixation contractuelle de son taux d'enseignement, qui n'est qu'une donnée abstraite, il convient d'examiner concrètement si le taux d'activité de l'assurée, compte tenu notamment de ses absences pour cause de maladie, a connu une modification importante entre l'octroi de sa demi-rente et la décision attaquée. En effet, s'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, le salaire effectivement réalisé doit être pris en compte pour autant, notamment, que le gain obtenu corresponde au travail effectivement fourni.

**b)** Dans le cadre de la demande de rente, au questionnaire pour l'employeur rempli le 18 février 2004, le service du personnel de l'Etat de Vaud a joint une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accident, datée du 21 janvier 2004, indiquant un total de 518 jours d'absence pour cause de maladie entre le 2 avril 2001 et le 12 janvier 2004, pour des taux d'absence oscillant entre 100% et 46.4286%. Il résulte également de cette liste que l'assurée a été absente 135 jours pour un taux d'absence de 46.4286%, les 383 jours restant se rapportant à des taux d'absence de 50% à 100%. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr C.\_\_\_\_\_, a attesté plusieurs périodes d'incapacité de travail, entre 100% et 40% du 15 janvier au 26 mai 2004, puis a retenu une capacité de travail de 50% (rapport du 15 juin 2004). Le SMR a pour sa part retenu une incapacité de travail de 50% dans toute activité, depuis le 25 août 2003 (rapport d'examen du 30 mars 2005). Les décisions du 24 juin et 26 septembre 2005 de l'OAI indiquent un degré d'invalidité de 50%.

Dans le cadre de la procédure de révision, dans un questionnaire de révision de la rente rempli le 15 avril 2008, l'assurée a répondu qu'elle avait eu des absences de travail depuis l'octroi de sa demi-rente du 8 au 11 janvier 2007 en raison d'une gastrite, du 15 au 22 février 2007 en raison d'un accident de voiture et du 17 septembre au 5 octobre 2007 en raison d'une fracture du sacrum. Avec le questionnaire pour l'employeur rempli le 17 juin 2008, le service du personnel de l'Etat de Vaud a joint une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accidents, du 16 juin 2008, mentionnant 53 jours d'absence, pour un

taux de 100%, entre le 23 mai 2005 et le 6 mai 2008, pour cause de maladie.

Au nouveau questionnaire pour l'employeur, rempli le 28 octobre 2009, ledit service a joint une liste des absences pour cause de maladie et/ou d'accidents, datée du 22 octobre 2009, mentionnant 16 jours d'absence entre le 2 septembre 2008 et le 22 avril 2009 pour cause de maladie. Le 19 mai 2010, la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud a indiqué que, depuis janvier 2010, l'assurée avait été absente les 15 et 16 mars 2010 en raison de maladie et que son taux était de 18 périodes sur 28, soit 64.28%.

Au sujet du taux d'enseignement, le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'était pas question de modifier la situation actuelle et que l'emploi de l'assurée devait être maintenu à 18 périodes par semaine; il a par ailleurs signalé les efforts extraordinaires consentis par l'assurée pour maintenir la situation à un taux d'activité de 65% (courrier du 24 juin 2010). Le Dr X. \_\_\_\_\_ a pour sa part relevé que, d'un point de vue professionnel, la situation de l'assurée était actuellement stable avec une activité d'enseignante de 18 périodes sur 28, en signalant les efforts importants de l'intéressée pour maintenir ce taux d'activité au mépris d'un investissement de la vie sociale (certificat médical du 28 juin 2010).

**c)** Dès lors, contrairement à la situation qui prévalait lorsque l'OAI a rendu ses décisions initiales, il apparaît que la recourante est désormais en mesure de travailler 18 périodes sur 28 d'enseignement par semaine, ce qui correspond à un taux de 64.2857%. En effet, les renseignements économiques obtenus dans le cadre de la procédure de révision démontrent que les absences de l'assurée en raison de maladie (listes des absences des 16 juin 2008 et 22 octobre 2009, courrier du 19 mai 2010 de la direction générale de l'enseignement obligatoire) sont nettement moins importantes qu'elles ne l'étaient de 2001 à janvier 2004 (liste des absences du 21 janvier 2004). L'assurée a du reste précisé elle-même qu'elle avait eu des absences de travail depuis l'octroi de sa demi-rente du 8 au 11 janvier 2007 en raison d'une gastrite, du 15 au 22 février

2007 en raison d'un accident de voiture et du 17 septembre au 5 octobre 2007 en raison d'une fracture du sacrum (questionnaire de révision de la rente rempli le 15 avril 2008); de telles absences, modérées et qui ne résultent pas seulement de maladie, ne peuvent qu'indiquer que l'intéressée dispose des ressources nécessaires pour travailler au taux de 18 périodes sur 28.

Les Drs C.\_\_\_\_\_ (rapport du 24 juin 2010) et X.\_\_\_\_\_ (certificat médical du 28 juin 2010) ont du reste indiqué que le taux d'activité de 18 périodes hebdomadaire était stable, respectivement qu'il devait être maintenu. Si ces médecins ont en même temps relevé un risque de décompensation de la situation avec des arrêts de travail et une situation psychologique intenable, respectivement une source d'angoisse compromettant potentiellement la capacité de travail restante, on rappellera que leur avis ne permet pas de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée, notamment sur le plan psychique (consid. 4c et 4d ci-dessus), et qu'ils ont précisé que la capacité de travail de l'assurée n'était que partielle, ce qui correspond donc à son taux d'activité.

Quant aux efforts, signalés par les Drs C.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ (rapports précités), consentis par l'assurée pour maintenir son taux d'activité à 65%, on relèvera qu'il appartient à cette dernière, sous l'angle de son obligation de diminuer le dommage, d'entreprendre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1 et les références citées). Il en va de même des remarques de la recourante selon lesquelles elle laisserait de côté sa vie sociale, sportive et sentimentale afin de se consacrer à son travail, ce d'autant plus qu'un taux de travail de 65% est supposé lui laisser suffisamment de temps libre.

Quand bien même la recourante souffre, comme elle l'allègue, d'une fragilité psychique significative, il ne faut pas oublier qu'elle est suivie par le Dr X.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qu'elle bénéficie d'un

traitement médicamenteux et qu'elle travaille à temps partiel, de sorte qu'il est suffisamment tenu compte de son état de santé. En outre, il n'est pas déterminant que ses médecins traitants, notamment le Dr X. \_\_\_\_\_ (rapport du 19 mars 2010), aient préconisé une diminution du temps de travail de 18 à 15 périodes par semaine ou encore que le médecin cantonal se soit prononcé en faveur d'une cessation d'activité partielle définitive pour cause d'invalidité (courrier du 27 avril 2005 du directeur général de l'enseignement obligatoire), dès lors que seule la situation concrète est déterminante et qu'en l'occurrence le taux d'activité de 18 périodes sur 28 correspond aux capacités de l'assurée.

Enfin, lorsque la recourante fait valoir que l'OAI, lors de l'octroi initial de la demi-rente, avait estimé qu'elle travaillait au-dessus de ses forces et qu'une partie de son salaire, soit 15%, correspondait à une part de salaire social, on ne voit pas en quoi cela sert ses intérêts. Au contraire, ainsi qu'on le verra plus en détail ci-dessous (consid. 5d) on ne peut qu'en déduire qu'il y a eu, depuis l'octroi de la demi-rente, une amélioration de la situation de l'assurée, étant donné qu'elle parvient à assumer un taux de 18 périodes sur 28 sans absences significatives, de sorte qu'il n'y a plus lieu, dans le cadre de la révision du droit à la rente, de déduire une part de salaire social lors de la détermination de son revenu d'invalidité. En outre, l'avis du SMR du 30 mars 2005 était trop pessimiste quant à la possibilité pour l'assurée d'exercer sa profession à un taux supérieur à 50% et le psychiatre traitant - qui admet un état stable, sans aggravation - se prononce en réalité à propos des circonstances concrètes au moment où il est intervenu, soit lorsque sa patiente travaillait déjà à raison de 18 périodes hebdomadaires.

La décision attaquée n'est donc pas critiquable en tant qu'elle retient que l'assurée met en valeur un taux d'activité de 65% sans absences significatives.

**d)** S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, on se basera sur l'activité concrète de l'assurée, correspondant à 18 périodes d'enseignement sur 28 ou à un taux de 64.2857% (arrondi selon l'OAI à

65%). Une telle activité, à ce taux, repose sur des rapports de travail stables et met en valeur la capacité de travail résiduelle exigible de l'assurée; au vu des absences en raison de maladie - peu importantes de 2005 à 2010 - le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social.

Les revenus avec et sans invalidité mentionnés par l'OAI ne sont pas contestés par la recourante et peuvent être retenus. Au vu du dossier et notamment des réponses de l'assurée au formulaire 531bis de l'OAI du 10 mars 2009, il est hautement vraisemblable que cette dernière aurait continué son activité d'enseignante pour l'Etat de Vaud à raison de 28 périodes hebdomadaire, soit à 100%, sans atteinte à la santé. Dans son courrier du 25 janvier 2010, la direction générale de l'enseignement obligatoire de l'Etat de Vaud a fait état d'un nouveau décompte pour 2009, le salaire annuel en 2009 (13<sup>ème</sup> salaire y compris) étant de 73'385 fr. 71 au taux d'activité de 64.2857%, plus un rattrapage DECFO de 234 fr. 34 (soit 73'620 fr. 05) et de 114'155 fr. 57 au taux d'activité de 100%, plus un rattrapage DECFO de 382 fr. (soit 114'537 fr. 57).

Sur cette base, dans la décision attaquée, l'OAI a donc correctement pris en compte un revenu sans invalidité de 114'538 fr. (pour un plein temps) et un revenu d'invalidité de 73'620 fr. (pour un taux effectif de 64.2857%). Le degré d'invalidité, s'élevant à 35.72%, est donc inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à l'octroi d'un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la capacité de gain de l'assurée a été modifiée, en ce sens qu'elle est désormais capable de travailler sans absences prolongées à raison de 65%, et qu'il a supprimé le droit à la demi-rente d'invalidité de la recourante avec effet au deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. a RAI.

**e)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de la recourante tendant à son audition et à celle de sa mère en qualité de témoins. En effet, de par le principe de

l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**f)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de cette décision.

**6.** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 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 8 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante Z.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Romano Buob, avocat à Vevey (pour Z.\_\_\_\_\_)
- 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 :