

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 février 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Röthenbacher et M. Neu  
Greffier     :       Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Annick Nicod,  
avocate à Montreux

et

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

---

**Art. 28 LAI; 17 LPGA**

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

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1968, d'origine chilienne, qui se nommait alors K.\_\_\_\_\_, a travaillé en qualité d'aide-infirmière notamment pour l'EMS Z.\_\_\_\_\_. Le 30 juin 1999, elle a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité.

Il ressort du rapport médical établi le 16 octobre 1998 par les Drs H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, respectivement médecin cadre et médecin assistant du Service de neurologie du Centre hospitalier [...], que l'assurée a été hospitalisée dans leur service du 7 au 15 octobre 1998. Cette patiente, connue pour une obésité chronique, a été opérée d'une gastroplastie le 29 septembre 1998, avec antalgie postopératoire par cathéter péridural. A son réveil, elle s'est plainte d'une sensation de brûlure dans le mollet gauche, d'une hypoesthésie douloureuse et d'une faiblesse du membre inférieur gauche. Le diagnostic retenu est celui d'une myéloradiculopathie d'origine toxique probable. Lors de l'examen neurologique, l'assurée s'est montrée collaborante et orientée. Les neurologues ont notamment constaté que les fonctions supérieures étaient intactes, les réflexes vifs aux deux membres supérieurs, le rotulien et les adducteurs abolis à gauche et que la force musculaire sur le membre inférieur gauche était diminuée. La patiente était incapable de se tenir debout seule à cause de la parésie du membre inférieur gauche. Ils ont également observé une diminution de la sensibilité tactile et thermoalgésique de niveau D3 avec dysesthésie de la face antérieure de la cuisse gauche et de la jambe gauche.

Dans un rapport médical du 9 juillet 1999, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué comme diagnostics :

- Syringomyélie paramédiane gauche étendue (D2 à D12) et syndrome radiculaire L3/L4 gauche toxique possible.
- Status post-gastroplastie pour obésité morbide en septembre 1998.

Elle a notamment précisé que l'atteinte à la santé existait depuis le 28 septembre 1998, entraînait une incapacité totale de travail depuis lors pour une durée indéterminée et qu'une reconversion professionnelle dans une activité sédentaire (position assise, courts transferts) était indiquée.

Dans un rapport médical du 11 juillet 2000, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé les diagnostics et l'incapacité de travail mentionnés dans le rapport de la Dresse P.\_\_\_\_\_. Il a notamment indiqué qu'une reconversion professionnelle était indispensable en précisant que, dans une activité adaptée, on pouvait vraisemblablement espérer une reprise de capacité de travail de 50 à 80 %. Il a relevé qu'une boiterie nécessitant la marche à l'aide d'une canne, un lâchage du membre inférieur gauche, des troubles importants de la sensibilité du flanc et du membre inférieur gauche ainsi que des troubles de l'équilibre selon les mouvements et la position du corps persistaient. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé que l'état physique demeurait dans l'ensemble stationnaire, marqué essentiellement par l'atteinte neurologique, sans indice d'amélioration notable constatée et que la prise en charge psychiatrique, les médicaments et le soutien régulier avaient permis à l'assurée une nette amélioration de l'acceptation de son affection. En ce qui concerne la reconversion professionnelle, il a relevé que le choix d'un stage de réceptionniste-téléphoniste lui semblait judicieux dans le contexte de l'affection de sa patiente, qu'une évaluation de l'ordre de 50 à 80 % lui paraissait raisonnable, mais que l'avis du psychiatre pourrait être judicieux pour l'évaluation de la situation.

Il ressort du rapport médical établi le 21 juillet 2000 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qu'il suit l'assurée depuis le 8 février 2000 pour des troubles réactionnels suite à une atteinte à l'intégrité corporelle. Les séquelles neurologiques handicapent beaucoup sa patiente dans la vie quotidienne; elle doit marcher avec une canne, a de la peine à se tenir sur sa jambe gauche qui parfois lâche et présente également des douleurs du rachis, liés à son déséquilibre postural. Selon le psychiatre, une réadaptation comme réceptionniste-téléphoniste avec une position assise lui paraît indiquée en

commençant par un jour par semaine, puis jusqu'à 50 % de capacité de travail. Il a précisé qu'il semblait que l'assurée ne pourrait pas récupérer son déficit neurologique.

Le 14 septembre 2000, l'assurée a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :OAI) que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme aide-infirmière à 100 % depuis fin septembre ou mi-octobre 1998 pour des raisons financières.

Dès le 6 novembre 2000, l'assurée a effectué un stage de réceptionniste-téléphoniste à l'Hôpital de zone M.\_\_\_\_\_. Lors d'un entretien en date du 17 janvier 2001, la responsable du stage a indiqué qu'elle estimait la capacité de travail de l'assurée à 30 % maximum malgré la bonne volonté et le dynamisme de cette dernière, expliquant qu'il s'agissait d'une activité demandant de fréquents déplacements. Se lever demande des efforts à l'assurée, qui doit prendre sa canne (lentement) et marcher (toujours lentement). Elle ne parvient pas à rester assise ou debout très longtemps.

Dans un avis médical du 28 mars 2003, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a indiqué que la capacité de travail raisonnablement exigible n'était pas claire et qu'une expertise neurologique s'avérait nécessaire ainsi qu'un complément d'information auprès du DrW.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical complémentaire du 21 juillet 2001, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas de changements dans les diagnostics. Il a précisé que le plan psychiatrique était difficile à séparer du plan neurologique et des douleurs chroniques. Il a relevé qu'après 6 mois de réadaptation, il était apparu évident que cette assurée ne pouvait travailler qu'à 30 %. Elle se sent vite très fatiguée avec des douleurs qui s'exacerbent rapidement et une concentration qui diminue progressivement. Les médicaments qu'elle doit prendre (analgésiques et anti-dépresseurs) n'aident en rien à sa concentration (comme dans un

cercle vicieux, plus elle travaille, plus elle ressent de douleurs et risque de devoir prendre plus de médicaments). Son état est devenu chronique et ses douleurs aussi.

Dans un rapport d'expertise médicale du 26 juillet 2001, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a notamment indiqué ce qui suit :

### **"3. STATUS CLINIQUE :**

Sur le plan psychique, patiente ne donnant pas l'impression de surcharger ses plaintes.

A l'examen de la nuque, on note une nuque de bonne mobilité, sans provocation de douleurs ou de paresthésies.

En station debout et à la marche, on relève des troubles statiques vertébraux modérés. La percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires est indolore. Il n'y a pas de contracture de la musculature paravertébrale. Le tonus fessier est médiocre bilatéralement. Les points de Valleix sont bilatéralement négatifs. La flexion latérale et antérieure lombaire est bonne et ne provoque ni douleurs ni paresthésies. La marche spontanée se fait avec une boiterie du membre inférieur gauche, en principe à l'aide d'une canne. La marche sur la pointe du pied est normalement possible à droite et impossible à gauche. La marche sur les talons est normalement possible à droite et parétique à gauche. La station pieds-joints est modérément instable de même que la marche un pied devant l'autre.

A l'auscultation des carotides, on note un souffle râpeux basi-latéro-cervical droit.

(...)

Au niveau du tronc, les réflexes cutanés abdominaux sont normalement obtenus à droite et sont absents à gauche. A l'examen de la sensibilité, on note une hypoesthésie thermoalgésique au niveau de l'hémitronc gauche dont le niveau supérieur se situe au mamelon.

A l'examen des membres inférieurs, l'épreuve des jambes fléchies est impossible à gauche et normalement réalisée à droite. Les mouvements rapides sont ralentis bilatéralement de façon plus nette à gauche. La trophicité musculaire est préservée. Le réflexe rotulien droit est normalement obtainable alors que le réflexe rotulien gauche reste absent. Les réflexes achilléens sont obtenus ddc. Le cutané plantaire semble indifférent bilatéralement, Au testing de la force musculaire, on ne note pas de déficit moteur significatif du côté droit alors qu'on relève une faiblesse plus ou moins globale du membre inférieur gauche à prédominance proximale. Les épreuves de coordination sont correctement exécutées à droite et impossibles à tester à gauche en raison de la faiblesse. A l'examen de la

sensibilité, la patiente signale une hypoesthésie thermoalgésique globale du membre inférieur gauche épargnant le pied. Il n'y a pas de troubles sensitifs superficiels au niveau du membre inférieur droit. La sensibilité posturale et vibratoire est préservée bilatéralement.

### **EMG :**

Description :

### **MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE :**

Les muscles suivants ont été examinés : quadriceps; jambier antérieur; extenseur commun des orteils et jumeau interne.

Dans l'ensemble des muscles ainsi examinés, absence de signes de dénervation spontanés et tracés aux mouvements à basse fréquence faits de bouffées normalement riches allant de 500 uV à 1 mV pour des mouvements incomplets.

Conclusion :

Examen ne révélant pas de signes d'atteinte neurogène périphérique et caractérisé par des tracés à basse fréquence mais normalement riches comme on l'observe lors d'atteinte du système nerveux central ou de lâchages.

### **DOPPLER CAROTIDIEN.VERTEBRAL ET SOUS-CLAVIER :**

Examen normal.

### **4. DIAGNOSTIC :**

- Atteinte sensitivo-motrice prononcée intéressant l'hémitrunc et le membre inférieur gauches sur myeloradiculopathie d'origine toxique probable.

### **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC :**

Il s'agit donc d'une patiente en bonne santé habituelle si ce n'est une obésité, victime de la survenue soudaine, dans les suites d'une intervention pour gastroplastie suivie d'une anesthésie péridurale, d'une atteinte sensitivo-motrice intéressant le tronc et le membre inférieur gauches d'origine vraisemblablement toxique (effet secondaire de l'anesthésie péridurale) en l'absence d'explication compressive, vasculaire, inflammatoire et infectieuse.

Lorsqu'on compare le présent bilan à celui effectué dans le service de neurologie du [...] en octobre 1998, l'état de la patiente paraît stationnaire si ce n'est qu'elle est actuellement capable de se déplacer avec l'aide d'une canne.

A l'évidence, l'état de la patiente est stabilisé et il n'y a pas à attendre de mesures médicales, physiothérapeutiques et ergothérapeutiques ou l'utilisation de moyens auxiliaires une

amélioration de l'état médical de la patiente et de sa capacité de travail.

En conséquence de l'affection neurologique dont elle souffre, Mme K. \_\_\_\_\_ présente visiblement d'importants troubles sensitivo-moteurs l'handicapant dans ses déplacements. La reprise de l'activité professionnelle préalable (aide-infirmière) est à l'évidence impossible. Par contre, il n'y a pas de raisons neurologiques que Mme K. \_\_\_\_\_ ne puisse reprendre une activité professionnelle adaptée à un taux d'au moins 50 %. A relever que les troubles neurologiques semblent s'être compliqués d'une réaction anxio-dépressive jouant un rôle non négligeable dans les difficultés de reprise d'une vie normale.

#### **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL :**

Comme mentionné en réponse à la question 5, l'affection neurologique dont souffre Mme K. \_\_\_\_\_ entraîne des difficultés importantes de déplacement. Il existe également une impossibilité de tout port de charges rendant la reprise de l'activité professionnelle préalable impossible. Par contre, dans une activité légère se faisant en station assise, la capacité de travail sur le plan neurologique est d'au moins 50 %. En principe, toujours sur le plan neurologique, il n'y a pas de contre-indication à ce que la patiente puisse travailler à un taux supérieur entre 75 et 100 %. Il semble néanmoins que, sur la base du résultat du stage effectué à l'hôpital de [...], existent des facteurs psychologiques, voire de niveau socio-professionnel (patiente d'origine chilienne de niveau scolaire médiocre et sans formation professionnelle) pouvant limiter la reprise d'une activité professionnelle lucrative même adaptée.

Pratiquement, il semble donc possible d'envisager une reprise de l'activité professionnelle dans un poste adapté à un taux initialement de 30 % pour une période de quelques mois puis de 50 % pour une période d'encore environ 6 mois avant de décider si un taux d'activité supérieur est envisageable.

#### **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE :**

Comme mentionné plus haut, d'un point de vue strictement neurologique, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables dans une activité ne nécessitant pas de port de charges, s'effectuant généralement en position assise. Compte tenu du manque de formation scolaire et professionnelle, cette activité devrait vraisemblablement être une activité simple ne nécessitant pas une formation scolaire et professionnelle importante. Néanmoins, au premier abord, il semble s'agir d'une patiente intelligente, susceptible de s'adapter et d'apprendre. Reste qu'il existe également un contexte psychologique (réaction anxio-dépressive) pouvant jouer un rôle défavorable dans la réadaptation.

Comme mentionné plus haut, il est totalement impossible d'envisager une reprise de l'activité d'aide infirmière, par des mesures médicales ou des moyens auxiliaires."

Dans un avis SMR du 2 octobre 2001, la Dresse G.\_\_\_\_\_, en se référant aux conclusions de l'expertise neurologique et aux constatations faites après le stage de réceptionniste-téléphoniste, a conclu à une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 30 % puis de 50 % et éventuellement plus dans une activité adaptée.

**B.** Par projet de décision du 10 décembre 2001, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain totale dans son ancienne activité d'aide-infirmière mais une capacité de travail et de gain résiduelle de 30 % dans une activité adaptée, telle que celle de réceptionniste-téléphoniste. Après comparaison des revenus annuels bruts sans (52'000 fr.) et avec invalidité (12'928 fr. 50), il a considéré que le degré d'invalidité (qui correspond au manque à gagner exprimé en pour-cent) de l'assurée s'élevait à 75 % et ouvrait ainsi le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 1999, soit à l'échéance du délai de carence d'une année.

Par prononcé du 7 janvier 2002, l'OAI a confirmé le projet de décision du 10 décembre 2001 allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 1999. La révision de la rente a été prévue pour le 1<sup>er</sup> août 2002.

L'assurée a été engagée par l'Hôpital M.\_\_\_\_\_ en qualité de réceptionniste-téléphoniste à 30 % dès le 7 mars 2002.

**C.** Le 29 août 2002, répondant au questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle était suivie par le Dr V.\_\_\_\_\_ du Centre de la douleur à [...], qu'il n'y avait pas eu de modification de son état de santé et qu'elle travaillait à 30 %.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2002, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie auprès du Centre de la douleur à [...], a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 29 novembre 2000 et que l'état de santé de cette dernière s'améliorait. Il a précisé que, grâce à l'attelle du genou et au traitement médicamenteux, la capacité de travail

était montée à 30 %, mais qu'il avait l'impression, vu l'âge de l'intéressée, qu'elle pourrait parvenir à une capacité de travail de 50 %. Il a toutefois indiqué redouter une décompensation psychiatrique si on augmentait trop vite la capacité de travail. Le neurologue a précisé que, sur un plan purement antalgique, il serait préférable que l'assurée travaille davantage, ses douleurs étant neurogènes. Il a conclu qu'une tentative d'augmentation de la capacité de travail à 50 % au printemps suivant serait judicieuse.

Le 25 octobre 2002, l'OAI a informé l'assurée que le degré d'invalidité (71 %) n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuerait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Un document interne à l'OAI établi à la même date indique qu'une révision de la rente doit être entreprise dans un délai de six mois.

**D.** Le 16 mai 2003, répondant au questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué à l'OAI que son état de santé était inchangé et qu'elle était toujours suivie au Centre de la douleur à [...] à raison d'une consultation tous les six mois.

Dans un rapport médical du 12 avril 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie auprès du Centre de la douleur à [...], a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire et qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. Il a précisé ce qui suit :

"Actuellement il est possible que la capacité de travail dans l'activité exercée de téléphoniste-réceptionniste puisse être augmentée à 50 %. Cependant nous émettons les mêmes réserves du point de vue psy que lors du précédent rapport (29.9.2002)."

Dans l'annexe au rapport médical, le Dr V.\_\_\_\_\_ a précisé que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, avec une diminution de rendement de 50 à 70 %. Il a suggéré qu'une évaluation soit effectuée par un médecin-conseil. En ce qui concerne les capacités fonctionnelles de l'assurance, se basant sur les constatations faites lors de la dernière consultation, en date du 9 octobre 2003, il a indiqué que l'assurée ne pouvait pas rester assise plus de 4 heures par jour environ, ne pouvait se tenir en position debout, ni garder la même position plus de 2 heures par

jour, ni se tenir à genoux, en position accroupie, incliner le buste, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, effectuer des mouvements des membres ou du dos, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, travailler en hauteur, ni assurer un horaire irrégulier. Comme capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes, le Dr V. \_\_\_\_\_ a confirmé un taux de 30 à 50 %.

Le 19 octobre 2004, la responsable hiérarchique de l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait l'impression que, sur le plan physique, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, qu'elle avait plus de facilité à se déplacer et qu'il ne lui semblait pas qu'elle se levait plus que les autres pour se détendre ou prendre des pauses. Elle a déclaré qu'elle pensait que l'assurée pourrait travailler plus mais qu'il lui était difficile de faire une estimation car l'intéressée était actuellement en congé maternité, de sorte qu'elle ne l'avait plus vue depuis un petit moment. Elle a relevé qu'avec ce troisième enfant, l'assurée serait plus fatiguée et que cela aurait un impact sur le plan professionnel.

Le 11 novembre 2004, l'assurée a indiqué à l'OAI que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % en qualité d'aide-infirmière ou d'aide en salle d'opération pour des raisons financières.

Le 14 février 2005, répondant à un courrier de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait plus consulté le Dr W. \_\_\_\_\_ depuis la fin de l'année 2003 et qu'elle n'avait pas consulté d'autre médecin psychiatre depuis lors.

Le 6 mars 2005, l'assurée a transmis à l'OAI une copie de la lettre de résiliation de son contrat de travail rédigée en ces termes :

"(...)

Par la présente, je vous annonce que je mets un terme à mon contrat à l'hôpital M. \_\_\_\_\_ pour le 1<sup>er</sup> juillet de cette année. Etant maman de trois enfants dont la dernière a 10 mois, je ressens beaucoup de fatigue tant physique que psychologique et après avoir mûrement réfléchi, je crois qu'il est sage que je puisse mieux me consacrer à eux. (...)"

Le 19 juin 2006, les Dresses T. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, médecin adjointe et cheffe de clinique adjointe auprès de la Fondation X. \_\_\_\_\_, secteur psychiatrique de l'Est vaudois, ont déposé leur rapport d'expertise. Celui-ci se base sur les 4 entretiens que les expertes ont eus, ensemble ou séparément, avec l'assurée de mai à septembre 2005 ainsi que sur les entretiens téléphoniques qu'elles ont eus avec les Drs V. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_. L'expertise retient notamment ce qui suit :

"(...)

## **A. Questions cliniques**

### **1. Anamnèse**

(...)

#### *Evolution de la maladie et résultats des thérapies*

Ses problèmes d'obésité remontent à ses vingt ans, période d'autonomisation. Pendant son enfance et adolescence, la mère contrôlait son alimentation pour éviter qu'elle grossisse. L'augmentation du poids est advenue progressivement, avec des repas mal équilibrés et en grignotant entre les repas, jusqu'à atteindre 108 kg pour 1 m 60.

Mme R. \_\_\_\_\_ n'a jamais souffert de crises boulimiques ni de vomissements. Quelques régimes ont été tentés, sans succès mais elle se souvient de les avoir mal suivis «puisque'il lui manquait la volonté». Elle n'a pas profité d'un appui par une diététicienne, cherchant d'emblée la solution par voie chirurgicale. L'expertisée nous parle de deux interventions qu'elle a du mal à situer dans le temps : une pose d'anneau gastrique, retiré en raison d'une réaction de rejet et une gastroplastie avec résection partielle. C'est après la deuxième intervention qu'elle présentera les complications de l'anesthésie péridurale mentionnées ci-dessus. En raison de la faiblesse du membre inférieur gauche, elle se déplace en chaise roulante. L'angoisse de rester handicapée à vie la déborde par moments, elle devient susceptible et persécutée, se replie sur elle-même. L'idée de perdre le contrôle sur son corps lui est insupportable. La patiente est très préoccupée par l'image qu'elle donne à ses enfants, l'image d'une mère faible et diminuée.

Sur conseil du médecin traitant, elle suit une psychothérapie auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, à raison d'une séance par semaine pendant environ une année. Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir des informations auprès de ce psychiatre. Selon la patiente, cette psychothérapie l'a aidée à accepter partiellement son handicap. Elle s'est sentie soutenue et considère ce travail comme terminé.

Après une rééducation à la clinique [...] et une suite de traitements auprès du Dr V.\_\_\_\_\_, l'expertisée a pu remarquer avec l'aide d'une canne. Ultérieurement, elle bénéficiera d'une réorientation professionnelle, mise en place par l'Al. Mme R.\_\_\_\_\_ reprendra une activité à 30 % à l'hôpital de [...] en tant que réceptionniste. Les essais d'augmentation du temps de travail jusqu'à 50 % ont échoué. Le Dr V.\_\_\_\_\_, son médecin traitant au Centre de la Douleur, estime que Mme R.\_\_\_\_\_ souffre d'une diminution de la tolérance aux douleurs, en raison d'une diminution des ressources psychologiques. Il mentionne un risque d'épuisement et une interaction négative entre l'atteinte physique et la situation socioprofessionnelle,

En juillet 2005, l'expertisée quitte son travail, en raison de l'impossibilité physique de rester assise le temps requis, un sentiment d'épuisement et des difficultés relationnelles.

(...)

## **2. Plaintes et données subjectives de l'assurée**

L'expertisée estime être en bonne santé psychique. Ses plaintes sont axées au niveau somatique. Elle se décrit de caractère gai, dynamique et positif. Néanmoins, elle se dit vite stressée dans le quotidien, irritable si fatiguée, préoccupée pour le bien être de ses enfants, inquiète si elle doit les confier à autrui. Sur le plan physique, elle se plaint d'une hypoesthésie avec une sensation de froid intérieur et d'une faiblesse avec lâchage du membre inférieur gauche. En raison de troubles d'équilibre, elle doit se concentrer pour marcher droit. Les douleurs au niveau de la jambe gauche et lombaire sont exacerbées par l'effort ou par le maintien d'une position fixe pendant une durée prolongée. Elle se dit également limitée pour tous les actes de la vie quotidienne qui nécessitent une certaine force, par exemple, soulever ou porter un enfant.

## **3. Status clinique**

### *Status physique et psychique*

Patiente soignée, la surcharge pondérale est modérée (78 kg/1 m 60). Elle se déplace sans canne avec un léger boitement. Orientée aux trois modes, collaborante, avec une bonne capacité d'attention et de concentration. Elle semble détendue et à l'aise dans le contact, bien qu'elle se dise étonnée de se retrouver devant un psychiatre. Son français est d'un assez bon niveau, avec un léger accent. Le discours est lisse, plaqué et centré autour du physique. Les affects sont mis à distance ou semblent neutres. Lorsque la patiente évoque ses émotions, son discours est pauvre et stéréotypé. D'une manière générale, elle semble avoir de la peine à verbaliser son vécu intérieur. Elle se définit par rapport aux autres et

semble très préoccupée par l'image qu'elle donne. Le sommeil est conservé, l'appétit stimulé avec une tendance au grignotage, anamnesticquement sans crises boulimiques ni vomissements. Pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, l'épreuve de la réalité est conservée.

*Résultats des tests avec la méthode utilisée*

Nous n'avons pas effectué de test.

#### **4. Diagnostics**

##### **4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :**

Myelo-radiculopathie d'origine toxique probable G 97  
Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4

##### **Depuis quand sont-ils présents?**

29.09.1998

##### **4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :**

Personnalité alexithymique F60.8  
Boulimie atypique F50.3

##### **Depuis quand sont-ils présents?**

Depuis l'adolescence

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

Mme R. \_\_\_\_\_ souffre selon son médecin somaticien de douleurs chroniques séquellaires d'une myelo-radiculopathie.

Cependant, il y a un certain décalage entre les examens somatiques objectivés et le vécu subjectif de l'expertisée, ce qui nous fait penser au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Cette expertisée a par ailleurs, probablement souffert, à deux reprises, d'un état dépressif; tout d'abord, après la séparation d'avec son mari puis, suite à l'apparition de son déficit neurologique en 1998. Au moment de l'examen en 2005, on ne relève pas de symptômes fondés sur le plan thymique. Ainsi, les critères pour poser le diagnostic d'état dépressif ne sont donc pas réunis. Comme conséquence, nous ne pouvons pas le considérer comme un diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail.

Dans son parcours de vie, on note des ruptures et des deuils précoces (plusieurs décès dans la fratrie), des difficultés lors de l'autonomisation avec un besoin important de s'étayer sur son entourage. Parallèlement, elle présente une certaine mise à distance de son vécu psychique et de ses affects, ainsi qu'une faible capacité de mentalisation. L'expertisée présente des assises narcissiques peu solides d'où une faible estime de soi-même ainsi que des difficultés à se repérer dans la relation à l'autre. Sa vie se définit et se structure par rapport aux enfants et son statut de mère.

Nous retenons donc le diagnostic de trouble de la personnalité de type alexithymique : c'est-à-dire une incapacité de s'exprimer verbalement sur les émotions qu'elle peut ressentir ou avoir ressenti plus ou moins fortement. Lors de cette atteinte, le corps peut devenir l'exécutoire de problèmes psychiques.

**Ce diagnostic de trouble de la personnalité alexithymique ne représente pas en soi une cause d'incapacité de travail. Cependant, en présence d'une atteinte somatique, Il peut potentialiser le vécu subjectif de cette atteinte somatique. Par exemple, des douleurs peuvent être ressenties, d'une manière plus aigue avec un impact négatif sur la capacité de travail.**

Mme R. \_\_\_\_\_ souffre par ailleurs d'une surcharge pondérale, en raison d'une hyperplagie régulière (grignotage). Selon la patiente, elle n'a jamais présenté des crises boulimiques véritables, ni des vomissements, ni d'autres troubles du comportement alimentaire associé. Pour cette raison, on peut retenir le diagnostic d'une boulimie atypique. Ce diagnostic ne représente pas une cause d'incapacité de travail en soi, raison pour laquelle, nous ne l'avons pas retenu dans les diagnostics avec influence sur la capacité de travail. On peut par contre imaginer une influence indirecte de la surcharge pondérale par une fatigabilité augmentée, une baisse de la résistance psychique par une atteinte de l'estime de soi.

Les atteintes psychiatriques décrites ci-dessus sont présentes d'une manière chronique avec un pronostic réservé.

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

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.**

#### *Au plan physique*

Hypoesthésie, douleurs de la jambe inférieure gauche, dorsalgies à évaluer par les médecins spécialistes concernés.

#### *Au plan psychique et mental*

L'intensité des douleurs ressenties a un impact négatif dans le sens de diminuer la capacité d'attention, de concentration nécessaire pour effectuer son activité lucrative ayant comme conséquence une augmentation de l'anxiété.

#### *Au plan social*

L'expertisée semble avoir conservé des capacités à entrer en relation avec les gens qu'elle est amenée à côtoyer en gardant apparemment des contacts sociaux adéquats.

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

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

Les troubles psychiatriques peuvent influencer indirectement la capacité de travail par une augmentation de la perception aigüe des douleurs, de l'irritabilité avec diminution de la compliance relationnelle et une diminution de la capacité d'adaptation. Par ailleurs, puisque Mme R. \_\_\_\_\_ se structure et se définit par rapport à ses enfants et à son rôle de mère, un éloignement de la maison peut représenter une source de tension psychique. Un problème d'anticipation des douleurs fait qu'elle dort mal avant de se rendre au travail.

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

Un travail tel que réceptionniste, mais avec une durée de présence limitée et un cadre souple.

## **2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui dans quelle mesure?**

Oui. Probablement sans augmentation du taux de travail actuel voire un aménagement au niveau des horaires.

## **2.4 Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure?**

Oui. L'importance de cette diminution dépendrait de l'aménagement du cadre de travail (taux d'activité, nombre de jours de travail par semaine, nombres d'heures par jour).

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

Depuis 1998.

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

Selon le dossier que vous nous avez transmis, toutes les tentatives d'augmenter son temps de travail à plus de 30 % ont échoué.

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?**

Oui, mais avec une capacité d'adaptation diminuée.

## **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Mme R. \_\_\_\_\_ a déjà bénéficié de mesures de réadaptation.

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

Non.

Selon notre expérience, un traitement psychiatrique pour lequel la patiente à été contrainte a peu de chance d'influencer positivement la capacité de travail, par la nature même de son problème psychique, Mme R. \_\_\_\_\_ n'a pas accès à son vécu intérieur, et ne perçoit pas sa souffrance psychique. Par contre, lorsqu'elle le souhaite, un travail psychothérapeutique peut influencer positivement sa qualité de vie.

(...)

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

Oui. Mais la patiente serait confrontée aux mêmes difficultés et à la même problématique que lors de l'activité exercée jusqu'à présent.

#### **3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?**

Il s'agit d'activités demandant peu de responsabilité et des conditions de travail peu stressantes.

#### **3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour)?**

A un taux de travail maximum de 30 % effectué sur plusieurs jours.

(...)"

Dans un avis SMR du 30 août 2006, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que, en dehors de l'atteinte somatique déjà connue, l'expertise psychiatrique retenait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en raison du "décalage entre les examens somatiques objectivés et le vécu subjectif de l'expertisée". Il a considéré que, bien que ce seul critère ne suffise pas à asseoir le diagnostic, il fallait admettre que le trouble douloureux somatoforme persistant n'était pas en soi une maladie invalidante s'il n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative et/ou des facteurs d'aggravation dits de Mosimann, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Cela étant, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il fallait s'en tenir strictement aux limitations fonctionnelles somatiques et que si on se référait à cet égard aux rapports des Drs N. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, une reprise de travail à 50 % dans une activité adaptée (téléphoniste, réceptionniste) était exigible depuis fin 2003 au moins.

Interpellé par l'OAI, l'Hôpital M. \_\_\_\_\_ a indiqué le 30 octobre 2006 que le salaire mensuel brut de l'assurée pour l'année 2006 en qualité de téléphoniste-réceptionniste à 100 % serait de 4'204 fr. et en qualité d'aide-infirmière à 100 % de 3'933 fr. 50, dits salaires étant versés treize fois l'an.

Par projet de décision du 27 février 2009, envoyé sous pli simple le 22 avril suivant, l'OAI a réduit les prestations allouées à l'assurée en ce sens qu'à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision la rente entière d'invalidité sera remplacée par un quart de rente. Il a en effet considéré que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité adaptée de réceptionniste-téléphoniste était de 50 % depuis la fin de l'année 2003 et que le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus sans et avec invalidité était de 47 % depuis lors.

Par courrier du 29 avril 2009, l'assurée a contesté le projet de décision ci-dessus mentionné.

Par écriture du 13 juillet 2009, l'assurée, désormais représentée par Me Annick Nicod, avocate à Montreux, a confirmé sa contestation. Elle a fait valoir en substance que le projet de décision réduisant son droit à un quart de rente était fondé sur une interprétation erronée tant du rapport médical du Dr V. \_\_\_\_\_ du 12 avril 2004 que du rapport d'expertise psychiatrique du 19 juin 2006. A cette écriture était en outre jointe une copie de deux courriers du Dr V. \_\_\_\_\_ des 28 mai et 23 juin 2009 dont il résulte, d'une part que l'assurée présente des douleurs neuropathiques consécutives à une myélopathie radiculopathie toxique, d'autre part que le diagnostic de "syndrome douloureux somatoforme persistant" paraît "plus que douteux", dès lors que l'intéressée a été examinée par des somaticiens (neurologue, neurochirurgien, spécialiste douleur, etc.) qui ont constaté une atteinte somatique corroborée par une IRM médullaire.

Il ressort de l'avis médical SMR du Dr S. \_\_\_\_\_ du 14 août 2008 que les arguments de l'assurée ne sont pas pertinents pour contester le projet de décision attaqué, que celui-ci est bien fondé et qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'instruction sur le plan médical.

Le 20 août 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision réduisant à un quart de rente les prestations d'invalidité allouées à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification de dite décision. Dans sa motivation, l'OAI a relevé, d'une part qu'il avait été tenu compte des réserves d'ordre psychiatrique indiquées par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 12 avril 2004 puisqu'une expertise médicale avait été mise en œuvre, d'autre part que le syndrome douloureux somatoforme persistant ne saurait constituer une simple hypothèse, dès lors qu'il figure bien sous la rubrique des diagnostics de l'expertise psychiatrique. Enfin, il a précisé que la présence avérée d'une atteinte somatique ne permettait pas d'exclure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, la simultanéité des deux atteintes étant au contraire très fréquente. Pour le surplus, il a rappelé que, selon la jurisprudence, le trouble somatoforme douloureux persistant est assimilé à la fibromyalgie et entre dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI n'est reconnue qu'à titre exceptionnel selon des critères non remplis en l'espèce (comorbidité psychiatrique, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, état psychique cristallisé, échec des traitements conformes aux règles de l'art). L'OAI a privé le recours de l'effet suspensif.

**E.** Par acte du 22 septembre 2009, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre le prononcé du 20 août précédent, en concluant à la réforme en ce sens qu'elle continue à bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Elle fait valoir en substance que c'est à tort que l'OAI a considéré que son état de santé s'est amélioré et qu'elle dispose depuis la fin de l'année 2003 d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Pour l'essentiel, la recourante a repris l'argumentation exposée en procédure de contestation en la développant.

Le même jour, la recourante a requis la restitution de l'effet suspensif au recours.

Le 12 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif pour le motif, en bref, qu'en cas de rejet du recours, il est fort à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse compte tenu de la situation financière de la recourante.

Par décision du 28 octobre 2009, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonale a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif au recours et dit que les frais et dépens suivent le sort de la cause au fond.

Par écriture du 23 février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours formé par R.\_\_\_\_\_ contre la décision de réduction de la rente du 20 août 2009. L'intimé a fait valoir, d'une part que l'amélioration de l'état de santé de la recourante était attestée par le rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2002, d'autre part qu'il ressortait du rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 12 avril 2004 que la capacité de travail de la recourante était de 50 %, enfin que l'avis SMR du 30 août 2006 expliquait de manière convaincante les raisons pour lesquelles il considérait que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé psychique invalidante. L'intimé a également transmis l'avis SMR du 16 février 2010 du Dr S.\_\_\_\_\_ qui considère que, lorsque le Dr V.\_\_\_\_\_ écrit dans son rapport médical du 12 avril 2004 : "actuellement il est possible que la capacité de travail dans l'activité exercée (...) puisse être augmentée à 50 %. Cependant nous émettons les mêmes réserves du point de vue psy que lors du précédent rapport", cela signifie clairement que la capacité de travail est de 50 % du point de vue strictement somatique.

Le 25 mars 2010, la recourante a informé la Cour de céans qu'elle n'avait pas d'explications complémentaires à fournir ni de réquisitions ou pièces supplémentaires à produire.

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

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

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par la recourante R. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 20 août 2009 par l'OAI. L'acte de recours satisfait pour le surplus aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

S'agissant d'une contestation relative à la révision du droit à une rente entière d'invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47); la cause doit en conséquence être tranchée

par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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

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

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**c)** 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). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du

25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

**3.** En l'espèce, il convient d'examiner si, depuis la décision du 7 janvier 2002 allouant à la recourante une rente entière d'invalidité sur la base d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 30 % et d'un degré d'invalidité de 75 %, celle-ci présente une amélioration de son état de santé, partant de sa capacité de travail dans l'activité raisonnablement exigible de réceptionniste-téléphoniste, laquelle serait, selon ce qu'a retenu l'OAI, de 50 % depuis la fin de l'année 2003.

**a)** Sur le plan somatique, les rapports médicaux des Drs N.\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2002 et V.\_\_\_\_\_ du 12 avril 2004, respectivement spécialiste FMH en neurologie et spécialiste FMH en anesthésie au Centre de la douleur de [...], ne permettent pas de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, comme l'a fait l'OAI, que l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point que, depuis la fin de l'année 2003 elle a recouvré une capacité de travail de 50 % dans l'activité adaptée de téléphoniste-réceptionniste. Si, en septembre 2002, le Dr N.\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de sa patiente s'est amélioré et qu'une augmentation de la capacité de travail serait possible vu son âge, voire souhaitable d'un point de vue antalgique, il émet des réserves, redoutant une décompensation psychiatrique. En avril 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_ reprendra ces réserves à son compte, ce qui amènera l'OAI à mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Toutefois, et contrairement à ce que soutient l'intimé, l'utilisation par le Dr V.\_\_\_\_\_ de l'expression "il est possible que la capacité de travail puisse être augmentée à 50 %" ne rend compte d'aucune certitude mais d'une simple possibilité - comme l'indique l'usage du terme "possible" et celui du subjonctif -, d'autant que celle-ci est mise en rapport uniquement avec l'âge de la recourante. Dans

ces conditions, on ne saurait considérer que les rapports médicaux invoqués par l'OAI pour considérer que, d'un point de vue somatique, la recourante dispose depuis fin 2003 d'une capacité de travail de 50 % contiennent une appréciation de la situation médicale et des conclusions claires et convaincantes dans le sens que leur prête l'intimé.

**b)** S'agissant de la problématique psychique, la situation médicale de la recourante n'était pas clairement déterminée à l'époque de la décision lui allouant une rente entière d'invalidité, le psychiatre traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_, se contentant d'évoquer, dans son rapport du 21 juillet 2000, des "troubles réactionnels suite à une atteinte à l'intégrité corporelle" et d'indiquer, dans le rapport complémentaire du 21 juillet 2001, que "le plan psychiatrique est difficile à séparer du plan neurologique et des douleurs chroniques". Pour sa part, l'expert neurologue, le Dr C.\_\_\_\_\_, émettait l'avis selon lequel "les troubles neurologiques semblent s'être compliqués d'une réaction anxio-dépressive jouant un rôle non négligeable dans les difficultés de reprise de vie normale".

Pour fonder sa décision de révision de la rente, l'OAI s'est pour sa part fondé sur l'avis SMR du 30 août 2006. Dans celui-ci, le Dr S.\_\_\_\_\_, qui se détermine sur le rapport d'expertise psychiatrique du 19 juin 2006 des Dresses T.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ de la Fondation X.\_\_\_\_\_, secteur psychiatrique de l'Est vaudois, considère que la recourante ne présente aucun trouble psychique invalidant, puisque le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu dans l'expertise n'est pas invalidant en soi s'il n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative ou des facteurs d'aggravation dits de Mosimann, absents dans le cas présent.

Certes, dans leur rapport d'expertise du 19 juin 2006, les Dresses T.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ indiquent comme diagnostic psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail un syndrome somatoforme douloureux persistant, existant depuis le 29 septembre 1998. Toutefois, dans leur appréciation du cas, juste après avoir indiqué

que selon son médecin somaticien, la recourante souffre de douleurs chroniques séquellaires d'une myelo-radiculopathie, elles exposent que c'est un "certain décalage entre les examens somatiques objectivés et le vécu subjectif de l'expertisée" qui leur fait "penser" au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Leur rapport ne contient aucune autre indication circonstanciée au sujet du diagnostic retenu, alors que dans leurs conclusions, les expertes retiennent une capacité de travail de 30 % maximum sur plusieurs jours (voir ch. 3.2 du rapport), voire avec un aménagement au niveau des horaires (voir ch. 2.3 du rapport). Emanant de médecins spécialisés en psychiatrie, donc disposant des connaissances nécessaires pour procéder à une évaluation psychiatrique selon les règles de l'art, les conclusions sur la capacité de travail auxquelles les expertes aboutissent en présence d'un syndrome somatoforme douloureux persistant paraissent pour le moins incohérentes, voire contradictoires, et peu convaincantes. Certes, si on examine ces mêmes conclusions à la lumière des explications que les expertes donnent sur les raisons qui les ont conduites à retenir le diagnostic de trouble de la personnalité de type alexithymique et les effets possibles d'un tel trouble sur la capacité de travail d'un individu présentant par ailleurs une atteinte somatique - qui figurent au demeurant en caractères gras dans leur rapport - ces conclusions (capacité de travail de 30 % maximum dans l'activité de téléphoniste-réceptionniste exercée) deviennent claires et convaincantes. On comprend en effet que le trouble de la personnalité de type alexithymique, qualifié en l'occurrence de chronique, potentialise le vécu subjectif de l'atteinte somatique en ce sens que les douleurs séquellaires de la myelo-radiculopathie peuvent alors être ressenties de manière plus aiguë et avoir un impact sur la capacité de travail. Cette interprétation de l'expertise psychiatrique ne constitue toutefois qu'une hypothèse, dès lors que le diagnostic retenu de trouble de la personnalité de type alexithymique ne figure pas dans la rubrique des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Or, en matière d'assurances sociales, une simple hypothèse n'est pas suffisante pour considérer son contenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. En outre, le juge des assurances sociales ne saurait substituer son avis à celui du médecin spécialiste en interprétant ce

dernier avis afin qu'il lui devienne compréhensible et lui permette de statuer.

**c)** En définitive, on relèvera que l'interprétation - divergente - que les parties ont tenté de donner aux avis médicaux sur lesquels l'intimé a fondé sa décision de révision de rente importe peu puisque, au vu des considérations figurant sous lettres a) et b) ci-dessus, force est de constater que tant les avis médicaux émanant des Drs N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du Centre de la douleur de [...], que le rapport d'expertise psychiatrique du 19 juin des Dresses T.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du secteur psychiatrique de l'Est vaudois sont peu clairs, respectivement incohérents et par conséquent peu convaincants. Dès lors qu'on ne saurait leur attribuer la pleine valeur probante requise par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a), il y a lieu d'admettre le recours et d'annuler la décision entreprise en observant que les incertitudes relevées ci-dessus quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante (détermination claire des troubles somatiques et psychiques qu'elle présente) et de sa capacité de travail ne sont susceptibles d'être levées que par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, neurologique et psychiatrique.

Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références). En l'occurrence, la solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

**4.** En conclusion, le recours doit être admis et la décision rendue par l'OAI le 20 août 2009 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour

qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens, à charge de l'office intimé, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., compte tenu de la requête de restitution de l'effet suspensif au recours et du double échange d'écritures (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 20 août 2009 est annulée et la cause est renvoyée à dit office, à charge pour lui de compléter l'instruction dans le sens des considérants et de rendre une nouvelle décision.
  
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Annick Nicod, avocate à Montreux (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :