

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juillet 2014

Présidence de M. NEU

Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87, 88a et 88bis aRAI.

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante italienne née en 1954, est entrée en Suisse en 1971 en compagnie de son époux. Le couple a donné naissance à trois enfants avant de divorcer en 1986.

L'assurée exerce l'activité d'aide d'exploitation depuis le 1^{er} août 1981 auprès de l'Hôpital N._____. Engagée à plein temps, elle a toutefois décidé de son propre chef de réduire son temps de travail à 80% dès février 2001 du fait de douleurs lombaires.

B. En date du 6 juillet 2005, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette requête, le Dr Y._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a été amené à compléter un rapport initial à l'attention de l'OAI, en date du 1^{er} août 2005. Ce praticien a indiqué, au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de sa patiente, des « lombo-pygalgies droites chroniques dans un contexte de troubles statiques (importante scoliose lombaire) et [de] dysbalances musculaires », présents depuis 1974. Il a également mentionné une « ostéopénie diffuse (ostéoporose) » sans influence sur la capacité de travail, celle-ci s'avérant toutefois nulle à compter du 19 mai 2005. Il a précisé que l'assurée était susceptible d'exercer de « petits travaux de manutention sans mouvements dorsaux, ni port de charges » à hauteur de quatre à six heures par jour. Il a joint à son envoi un rapport du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier S._____, daté du 19 novembre 2002 et retenant globalement des diagnostics similaires. Ce document fait par ailleurs état des conclusions suivantes :

« [...] Cette patiente présente donc des lombalgies chroniques avec pseudo-cruralgies droites sur des troubles statiques majeurs de la colonne lombaire, ainsi que l'attestent des radiographies effectuées récemment. En raison d'un aspect ostéopénique de la colonne, nous avons proposé à la patiente d'effectuer une densiométrie en ambulatoire. Afin d'exclure un problème inflammatoire, nous avons également effectué un bilan biologique complet qui ne montre rien de particulier. Nous nous sommes permis de recontacter la patiente d'ici 3 à 4 semaines avec visualisation des anciens clichés pour objectiver l'éventuelle aggravation de cette scoliose. Il nous semble important de revoir la patiente afin de discuter d'un reclassement professionnel, le travail de femme de ménage ne semblant pas approprié avec de tels troubles statiques. Nous avons donc prolongé l'arrêt de travail du 18.11 au 2.12.02. Dans l'intervalle, la patiente poursuit une antalgie simple et nous l'avons également encouragée à poursuivre une activité physique régulière. [...] »

La Dresse M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'Hôpital V._____, a également produit un rapport en date du 22 août 2005 à la demande de l'OAI. Elle a signalé les diagnostics de « lombo-pygalgies chroniques persistantes à droite, scoliose lombaire, petite hernie discale postéro-médiane L5/S1 et hémangiomes D12 et L2 » lesquels limitaient à 50% la capacité de travail de l'assurée. Elle a conclu son analyse en ces termes :

« [...] Cette patiente a suivi le schéma thérapeutique complet des lombalgiques, y compris un traitement intensif et multidisciplinaire [...]. Malheureusement, cette prise en charge n'a été que partiellement efficace et vu la présence de douleurs, la patiente a diminué d'elle-même son taux de capacité de travail à 80%. Cependant, elle est souvent à l'arrêt de travail en raison des poussées douloureuses aiguës liées à la surcharge professionnelle. Dans ce sens, il est donc raisonnable de lui reconnaître une incapacité de travail de 50% à long cours dans son travail habituel, car tout reclassement professionnel dans une autre activité me semble illusoire. »

En date du 31 août 2005, l'employeur de l'assurée, l'Hôpital N._____, a confirmé que celle-ci était occupée à 80% depuis le 1^{er} février 2001, tandis qu'elle réalisait un salaire mensuel de 3'815 fr. 20, versé treize fois depuis janvier 2005. Il a mis en exergue les éléments suivants :

« [...] Durant les périodes où [l'assurée] sent les effets de sa maladie, elle vient travailler malgré ses douleurs. Son rendement est diminué d'environ 20%. Les tâches telles que

- le balayage humide
- le transport de sacs de linge et poubelles
- le nettoyage à fond des chambres
- le nettoyage des vitres
- enlever et suspendre les rideaux, ainsi que monter sur une échelle

deviennent trop lourdes et prennent plus de temps ; elles nécessitent parfois des pauses assises. Durant les rares périodes avec moins de douleurs (essentiellement au retour de vacances), son rendement est normal, mais s'aggrave progressivement. »

Sur questions de l'OAI, la Dresse M. _____ a précisé ce qui suit en date du 3 octobre 2005 :

« [...] Cette assurée, connue pour des lombo-pygalgies persistantes à droite, évolue avec des poussées aiguës répétitives qui imposent des arrêts de travail total itératifs de 1 à 2 semaines. La problématique aiguë survient toujours en relation avec les sursollicitations professionnelles. Selon nos observations durant son hospitalisation, nous pouvons affirmer qu'il y a un problème d'insuffisance musculaire et d'endurance chez une patiente qui est très collaborante et qui a acquis les règles d'ergonomie du dos. Toutefois, les activités répétées et les mouvements de torsion du dos ne font qu'augmenter les douleurs avec secondairement apparition de contractures lombaires réflexes, qui l'immobilisent dans ses mouvements.

Durant les périodes où elle a travaillé à mi-temps, elle a pu assumer son travail sans difficulté. Son endurance étant très limitée, il est à mes yeux judicieux d'admettre qu'à long cours sa capacité de travail n'est pas supérieure à 50%. »

Consulté pour avis, le Dr C. _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a préconisé le 20 janvier 2006 un examen rhumatologique de l'assurée, lequel a été réalisé au sein de ce service le 9 mai 2006 par le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie.

Le rapport corrélatif, établi le 10 mai 2006, retient les diagnostics suivants, susceptibles d'affecter la capacité de travail de l'assurée :

- lombo-pygio-sciatalgies prédominant à droite chroniques persistantes (M54.4) :

- o scoliose dorsolombaire dextro-convexe avec angle de Cobb de 21°;
- o discopathies lombaires étagées ;
- o protrusion discale médiane L5-S1 ;
- cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs ;
- dysbalance musculaire de la ceinture scapulaire et pelvienne ;
- épicondylalgies droites.

En outre, sont qualifiés de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ceux énumérés ci-dessous :

- hypotension orthostatique ;
- ostéoporose traitée ;
- très discret status variqueux des membres inférieurs.

Sous rubrique « Appréciation du cas », le Dr D. _____ observe notamment ce qui suit :

« Cette assurée en bonne santé habituelle, présente toutefois depuis son jeune âge adulte des lombalgies à caractère mécanique chroniques persistantes qui n'ont cessé, au fil du temps, d'augmenter progressivement en intensité pour se mettre peu à peu aussi à irradier vers la région de la fesse et de la racine du membre inférieur à droite, de même que vers la région cervicale et dans une moindre mesure vers le membre supérieur droit. En raison de cette symptomatologie douloureuse, l'assurée a, de son propre chef, ramené son taux d'activité professionnelle de 100 à 80 % en 2000 ; l'employeur atteste toutefois un rendement de l'ordre de 80 % de ce 80 % en raison de pauses fréquentes que l'assurée doit s'octroyer en cours de journée.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée de constitution frêle, présentant ses plaintes de manière adéquate.

L'examen général est sans particularité hormis une hypotension artérielle. Très discret status variqueux des deux membres inférieurs.

L'examen neurologique périphérique est sans déficit sensitivomoteur à caractère radiculaire aux membres inférieurs (le très discret manque de force apparu lors du testing musculaire analytique de l'iléo-psoas et du quadriceps à droite est probablement plutôt le reflet de problèmes algiques).

L'examen ostéoarticulaire périphérique fait apparaître une dysbalance musculaire de la ceinture scapulaire et pelvienne, une épicondylalgie droite probablement favorisée par la dysbalance musculaire et par les discrets troubles dégénératifs cervicaux qu'ont révélé les radiographies ; aux membres inférieurs, douleurs à la mobilisation de la hanche droite en relation avec d'importantes tendomyoses locales elles-mêmes secondaires à la problématique rachidienne.

En effet, au niveau rachidien, l'assurée présente une scoliose rotation dorsolombaire dextroconvexe avec une gibbosité de 3 cm en antéflexion mais l'examen met aussi en évidence une limitation

asymétrique de mobilité de la nuque vers la droite et des tendomyoses par rachidiennes droites étagées.

Les radiographies de la colonne cervicale, certes relativement anciennes, mettent en évidence une fusion congénitale de C1 et C2 qui peut peut-être quelque peu perturber la dynamique de ce segment rachidien ainsi que des troubles dégénératifs au niveau des articulations interapophysaires postérieures C6-C7 et C7-D1. Au niveau dorsolombaire, l'imagerie révèle une scoliose rotation dextroconvexe centrée sur la charnière dorsolombaire avec un angle de Cobb de l'ordre de 20° resté stable au fil du temps mais en revanche l'IRM lombaire met en évidence des discopathies lombaires basses étagées ainsi qu'une protrusion discale médiane L5-S1. Il existe également des images d'hémangiomes des corps vertébraux de D12 et de L2 qui sont certainement une trouvaille fortuite sans retentissement fonctionnel. Les clichés du bassin révèlent des troubles dégénératifs des sacro-iliaques mais pas d'atteinte coxo-fémorale.

Au terme du présent bilan, il apparaît une bonne cohérence entre les douleurs annoncées par l'assurée et les constatations objectives cliniques et paracliniques. La fragilité biomécanique du rachis est claire ; les dysbalances musculaires de la ceinture scapulaire et pelvienne avec les tendomyoses qui y sont corrélées notamment au niveau cervico-scapulaire droit et surtout au niveau lombo-fessier droit en sont le corollaire logique.

L'ensemble de cette problématique douloureuse dégénérative rachidienne axiale et périphérique impose des limitations fonctionnelles rigoureuses qui seront énumérées ci-dessous. Du point de vue tout à fait objectif, l'activité professionnelle de nettoyeuse est inadaptée et elle l'était d'ailleurs dès l'origine ; la constitution gracile de cette assurée et ses troubles statiques rachidiens importants contre-indiquent théoriquement du moins une activité professionnelle lourde physiquement.

Les limitations fonctionnelles

A) Rachis dorsolombaire : nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 6 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

B) Rachis cervical et membre supérieur droit: pas de travail imposant le soulèvement et le port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail répétitif contre résistance sollicitant les deux membres supérieurs, pas de travail imposant le maintien prolongé immobile de la nuque dans quelque position que ce soit.

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

Comme cela ressort bien du corps du présent rapport, l'assurée a décidé de son plein gré de ramener son taux de capacité de travail de 100 à 80 % dès février 2001. Sur la base de l'analyse actuelle que nous pouvons faire de la situation, qui corrobore d'ailleurs pleinement l'analyse qu'en avait faite la Dresse M. _____ qui est consignée dans son rapport du 28.09.2005, cette réduction du taux d'activité de 100 à 80% était justifiée et aurait mérité d'être attestée médicalement.

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

Depuis lors, l'assurée continue à travailler à un taux de 80 % en tant qu'employée de maison à l'Hôpital N. _____ mais l'employeur

signale un rendement diminué depuis juillet 2002. Sur la base de notre analyse de la situation qui rejoint donc celle de la Dresse M._____, la capacité de travail exigible de l'assurée dans son activité de nettoyeuse ne peut excéder 50 % depuis l'été 2002 probablement.

Concernant la capacité de travail exigible,

elle est limitée de manière significative par les atteintes à la santé somatique dûment documentées. Nous rejoignons pleinement les conclusions de la Dresse M._____, médecin associée à l'Hôpital V._____, qui reconnaît à l'assurée une capacité de travail exigible de maximum 50 % en tant que nettoyeuse. Dans une activité strictement adaptée qui respecterait les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, la capacité de travail exigible n'excède pas 80% en particulier en raison de la problématique douloureuse lombaire liée à la scoliose qui induit un état douloureux important réduisant donc l'exigibilité de l'ordre de 20 %. »

Fondé sur l'analyse qui précède, le Dr C._____ du SMR a rendu son avis final le 30 mai 2006, concluant à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr D._____ depuis février 2001.

L'assurée a été reçue par le Service de réadaptation de l'OAI le 26 mars 2007, lequel a rendu son rapport final le 11 avril 2007. La conseillère de l'OAI a procédé à une comparaison hypothétique des revenus sur la base des conclusions du SMR, mettant à jour un degré d'invalidité de 48%.

Dans ce contexte, elle a retenu un revenu sans invalidité de 62'140 fr. pour une activité d'aide d'exploitation à plein temps à l'Hôpital N._____ et un revenu d'invalidité de 32'297 fr. à 80% tel que ressortant des statistiques salariales, après abattement de 20% pour tenir compte des facteurs étrangers à l'invalidité.

Elle a en outre constaté que la réduction de l'activité habituelle à 50% entraînait le versement d'un salaire annuel de 31'070 francs. Partant, elle a conclu son rapport en ces termes :

«[...] Il paraît peu utile de mettre en place des mesures professionnelles qui ne permettront pas de réduire durablement le préjudice de l'assurée. [L'assurée], pour sa part, préfère de loin réduire son horaire à 50% et garder son emploi à l'Hôpital où elle travaille depuis 26 ans, plutôt que de tenter de se réinsérer ailleurs

et travailler à 80% ; peu adaptable, elle craint de faire une dépression si elle devait quitter son environnement habituel. En conclusion, en réduisant à 50% son activité habituelle, l'assurée exploite au mieux et selon son choix sa capacité de gain. [...] »

C. Reprenant les considérations médicales et économiques précitées, l'OAI a établi un projet de décision en date du 13 décembre 2007, par lequel il a envisagé l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2004 sur la base d'un degré d'invalidité de 48%.

Un prononcé en ce sens, prévoyant une révision d'office du droit à la rente dès janvier 2010, a été adressé à la caisse de compensation compétente.

Une décision mettant l'assurée au bénéfice de la prestation corrélative a été émise le 18 avril 2008, laquelle est entrée en force en l'absence de toute contestation dans le délai légal.

D. En date du 2 février 2010, l'OAI a entamé une procédure de révision du droit à la rente de l'assurée, adressant un questionnaire à cette dernière et sollicitant un extrait actualisé de ses comptes individuels.

L'assurée a indiqué le 1^{er} mars 2010 que son état de santé s'aggravait depuis environ six mois, en termes de fréquence des douleurs dorsales et de fragilité de son état général. Elle a précisé poursuivre son activité lucrative à hauteur de 70% auprès de l'Hôpital N._____.

Le Dr Y._____ a complété un rapport daté du 16 mars 2010 à l'attention de l'OAI, observant que l'état de sa patiente « s'aggravait modérément » et que ses « douleurs se péjoraient au cours de la journée et de plus en plus tôt ». Il a mis en exergue une incapacité de travail de 30%, médicalement attestée depuis 2006 dans l'activité habituelle.

Questionné par l'OAI, l'employeur a signalé par rapport du 18 mars 2010 que l'assurée était à son service à concurrence de 29 heures 05 par semaine depuis le 1^{er} juillet 2008 pour un salaire mensuel de 3'480 fr. 40 depuis 2010, soit un revenu annuel de 45'245 fr. 20,

annexant un plan détaillé de ses absences des suites de maladie. Il a précisé le 30 juillet 2010, à la requête expresse de l'OAI, que le salaire versé correspondait au rendement observé.

Sollicité pour avis, le Dr J._____, médecin auprès du SMR, a considéré ce qui suit :

« [...] nous pouvons retenir que l'état de santé de cette assurée est inchangé par rapport au moment de l'octroi de la rente. Elle présente des troubles ostéo-articulaires dégénératifs indéniables, qui ne peuvent que s'aggraver avec les années qui passent, et des activités à fortes charges physiques. Pour le moment, elle est toujours capable d'assumer son activité antérieure à un taux de 70% (cf. rapport employeur). [...] Nous n'avons aucune indication d'ordre médical pour nous permettre d'envisager une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée (capacité de travail dans l'activité adaptée de 80%, comme déterminée lors de l'examen SMR du Dr D._____ en 2006). »

Constatant que l'assurée avait poursuivi son activité habituelle au taux de 70% et qu'elle subissait de facto un préjudice économique de l'ordre de 30% au maximum depuis l'année 2008, le Service de lutte contre la fraude (LFA) de l'OAI a suggéré la suppression du quart de rente d'invalidité précédemment alloué, selon les termes de sa communication interne du 6 août 2010.

E. L'OAI a élaboré un projet de décision en ce sens à la même date, suite auquel l'assurée a manifesté son désaccord en faisant valoir son droit d'être entendue par pli du 28 octobre 2010. Elle a exposé avoir discuté tant avec l'OAI qu'avec l'Hôpital N._____ à réception de la décision d'octroi d'un quart de rente, envisageant une nouvelle réduction de son temps de travail, tandis que le collaborateur en charge de son dossier auprès de l'OAI aurait préconisé à l'attention de son employeur le maintien de l'activité lucrative à 70%. Elle a précisé ne pas avoir compris à l'époque la nécessité d'exercer son activité habituelle à 50% et avoir désormais négocié un avenant à son contrat de travail prévoyant la réduction de son taux d'activité à 50% pour un salaire mensuel de 2'486 fr. dès janvier 2011. Elle a joint à son écriture un tirage dudit avenant, conclu le 25 octobre 2010, ainsi que d'un courrier électronique de son

employeur daté du 30 juin 2008 relatif à la discussion passée avec l'OAI pour déterminer la diminution du degré d'activité de l'assurée. Elle a conclu à l'annulation de la décision querellée, requérant au surplus l'allocation d'une demi-rente d'invalidité.

Par décision du 21 février 2011, l'OAI a maintenu la teneur de son projet et prononcé la suppression du quart de rente d'invalidité précédemment octroyé, avec effet le premier jour du deuxième mois suivant sa notification, retenant que l'assurée avait été en mesure de poursuivre son activité habituelle au taux de 70% et qu'elle présentait en conséquence un degré d'invalidité de 30% excluant le droit à une rente.

F. L'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 22 mars 2011, reprenant en substance ses précédentes explications et concluant au maintien de son droit à un quart de rente vu la dégradation constante de son état de santé. Rappelant avoir diminué son taux d'activité de ce fait à 80% dans un premier temps, à 70% dans un second temps sur la base des informations communiquées par son employeur à réception de la décision d'octroi d'un quart de rente, elle signale avoir poursuivi en toute bonne foi son activité habituelle malgré la pénibilité de son emploi et les nombreuses contraintes médicales.

Par réponse du 26 mai 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, observant que l'assurée avait été en mesure de poursuivre son activité habituelle d'aide d'exploitation durant plus de cinq ans à 70%, sans que son employeur n'ait constaté de baisse de rendement.

La recourante a répliqué le 11 juillet 2011, indiquant n'avoir travaillé à 70% que durant deux ans et demi et mettant en exergue les efforts importants consentis pour assumer son activité professionnelle compte tenu de son état de santé. Elle a soutenu que la réduction de son temps de travail à ce taux en lieu et place du 50% exigible était consécutive à un malentendu avec son employeur.

L'OAI a persisté dans ses précédentes conclusions par
duplique du
26 août 2011.

G. Par pli du 5 septembre 2011, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre prochaine d'une expertise rhumatologique de l'assurée, leur assurant la possibilité de produire leurs questions et remarques.

Le mandat d'expertise a été délivré en faveur de l'Unité de médecine physique et réadaptation au sein des Hôpitaux B._____, en date du 26 septembre 2011.

Les Drs W._____, R._____ et A._____, respectivement médecins adjoints et médecin interne auprès des hôpitaux précités, ont rendu leur rapport, établi le 19 juillet 2012, au terme d'une anamnèse complète de l'assurée, d'investigations cliniques et d'une analyse d'ergothérapie pré-professionnelle. Ils ont retenu les diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Lombo-sciatalgies prédominantes à droite, chroniques, persistantes (M54.4).
- Scoliose dorso-lombaire dextro-convexe.
- Discopathies lombaires pluri-étagées.
- Protrusion discale médiale L5-S1.
- Cervicalgies chroniques.
- Dysbalances musculaires des ceintures scapulaire et pelvienne.
- Arthrose modérée du poignet droit, accompagnée d'épicondylalgies depuis environ 5 ans.
- Déconditionnement physique global.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hypotension orthostatique.
- Ostéoporose traitée.
- Status variqueux des membres inférieurs discret.

Sous rubrique « Appréciation du cas et pronostic », ils ont fait état des éléments ci-après :

« Nous sommes en présence d'une assurée de 58 ans, en bonne santé habituelle, mais qui présente depuis 30 ans environ, des

lombalgies chroniques d'origine mécanique dans le contexte d'une importante scoliose dégénérative dorso-lombaire ; celles-ci sont persistantes sur toute la journée, en aggravation par rapport à l'expertise de 2006, et plus marquées à droite qu'à gauche. Ces douleurs ont d'ailleurs obligé [l'assurée] à diminuer spontanément son activité professionnelle de 100 à 80% en 2000 [sic] et, malgré cela, le rendement n'était pas à la hauteur de l'exigence de l'employeur. A noter que depuis la dernière expertise, datant de 2006, les douleurs du poignet droit d'origine dégénérative (arthrose) deviennent de plus en plus invalidantes dans ses activités quotidiennes.

Le status du jour met en évidence une patiente en bon état général, avec une importante scoliose dorso-lombaire entraînant un déséquilibre dans le plan sagittal et coronal, se traduisant par d'importantes contractures para-vertébrales droites sans trouble neurologique associé. Le tonus musculaire du rachis est augmenté et on retrouve au niveau de la région lombaire et du bassin d'importantes contractures des muscles moyens et petits fessiers à droite en rapport avec la bascule du bassin et l'inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la jambe droite. Il y a également un important déconditionnement musculaire et cardio-pulmonaire comme en témoignent les tests fonctionnels réalisés.

Le rapport radiologique effectué par EOS confirme le diagnostic de scoliose dextro-converse dorso-lombaire centré sur TH12 et de troubles dégénératifs multi-étagés.

On retrouve également au status une limitation d'amplitude du poignet droit, associée à un manque de force évident de tout le membre supérieur droit ainsi que des signes de surcharge au coude (épicondylalgies), mais sans trouble sensitif. Le bilan radiologique confirme la présence d'une arthrose modérée au niveau de ce poignet droit.

[L'assurée] est donc extrêmement gênée dans ses activités de la vie quotidienne ainsi que dans son travail par ses douleurs dorso-lombaires au premier plan, mais aussi par son poignet droit.

Le traitement antalgique par Tramal et anti-inflammatoires ne permet de soulager que très légèrement ses douleurs. De nombreux traitements en physiothérapie ont également été entrepris, sans grand succès.

En conclusion, [l'assurée] présente des dorso-lombalgies chroniques invalidantes dans le cadre d'une scoliose dégénérative entraînant un déséquilibre important de la statique du rachis.

Concernant le pronostic, ces lombalgies chroniques sont en aggravation constante depuis de nombreuses années. Le score moyen (32/42) obtenu au Fear Avoidance Belief Questionnaire reflète une attitude de méfiance face au travail, ce qui n'est pas de bon pronostic. L'aspect chronique de ces douleurs est également un facteur de mauvais pronostic ; tout comme l'aggravation de la cypho-scoliose dorso-lombaire.

Les différents bilans physiques et fonctionnels en ergothérapie professionnelle ont montré un déconditionnement musculaire important qui risque de participer de plus en plus à la chronicité de sa pathologie. Pour lutter contre ce déconditionnement on pourrait envisager un traitement intensif en physiothérapie, comme par exemple un programme spécifique du dos de type Prodiges tel qu'effectué aux Hôpitaux B._____. La balnéothérapie pourrait également être intégrée à ce traitement. »

S'agissant enfin de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles présentées par la courante, les experts se sont exprimés comme suit :

« B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique

Au terme de l'évaluation nous retenons des limitations quant au port de charges au-delà de 5kg (1kg pour la main droite), au travail en positions debout et assise prolongées au-delà de 30 minutes, au travail en anté-flexion ou en porte-à-faux du rachis. Par ailleurs, il convient que [l'assurée] puisse effectuer des changements de position fréquents au minimum toutes les 30 minutes.

Au plan psychique et mental

Patiente à risque en raison [de] la chronicité des douleurs de développer des épisodes dépressifs récurrents.

Au plan social

En raison de ses troubles physiques, l'assurée n'a presque plus de relation avec ses amis car ses douleurs l'empêchent de participer à des activités en groupe. Sa vie sociale en est donc fortement perturbée.

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

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

Les troubles susmentionnés empêchent l'assurée de rester en position statique prolongée que ce soit assis[e] ou debout. Ces troubles diminuent aussi sa capacité d'endurance à effectuer des travaux de manutention légère et l'empêchent d'accomplir des travaux de manutention modérée ou lourde.

Au vu des évaluations et des mises en situation décrites dans cette expertise, il apparaît que les tâches professionnelles de l'assurée sont très exigeantes par rapport à ses capacités physiques. [L'assurée] parvient à effectuer les tâches demandées, moyennant des adaptations et en mettant donc plus de temps. Elle travaille malgré ses douleurs et sa fatigue.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

De notre point de vue, fondé sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'évaluation pré-professionnelle ainsi que sur les différents tests effectués, une capacité résiduelle de travail d'au maximum 50%, respectant les limitations susmentionnées, nous semble exigible. Le temps de travail par jour (4h/j) permet à l'assurée d'assumer les tâches professionnelles qui incombent à son poste mais son rendement est diminué (de l'ordre de 20%) du fait de ses douleurs et de son ralentissement moteur. De plus, des pauses (2 x/heure), doivent être réalisables, au besoin.

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

Oui, selon les restrictions mentionnées aux points 2.1 et 2.2.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? si oui dans quelle mesure ?

Oui, il y a une diminution du rendement d'environ 40% (cf. point 2.2).

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

Comme il ressort des différents rapports médicaux jusqu'à présent, l'assurée a décidé de son plein gré de diminuer son activité de travail de 100 à 80% en février 2001 et sur la base de différentes analyses, il paraît évident que cette réduction d'activité était justifiée et aurait mérité d'être attestée médicalement.

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

Au vu du caractère évolutif de l'atteinte, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable a posteriori.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

A 58 ans, avec les plaintes et les limitations en lien avec la pathologie lombaire et celle du poignet droit, une réadaptation professionnelle nous paraît peu envisageable.

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

Probablement pas.

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

Eventuellement, en améliorant la condition physique et musculaire de l'expertisée. Pour ce faire, différentes thérapies de médecine physique pourrait être entreprises : enseignement spécifique d'un programme d'étirements musculaires (stretching), thérapies de type Mézières, Pilates ou programme type Prodige au niveau du dos tel qu'effectué à [...]. La balnéothérapie pourrait également être envisagée pour travailler le reconditionnement physique global.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

L'influence de ces mesures sur la capacité de travail est difficilement prévisible, mais compte tenu de l'aspect chronique des douleurs et de leur importance, il est très peu probable que ces mesures influencent la capacité de travail de l'assurée.

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

Oui (cf. point 3.2 ci-dessous).

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 ?

(cf. point 3.2).

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

Toute activité sédentaire, en accord avec le respect des limitations décrites au point B 1) et les différentes adaptations décrites au point B 2.2) pourrait être envisageable. Un maximum de 4 heures par jour nous paraît légitimement admissible.

A noter que nous n'avons pas de nouvelle activité professionnelle à proposer dans ce cadre. ([L'assurée] n'en a pas non plus d'ailleurs).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, de l'ordre de 20%, comme déjà mentionné ci-dessus. [...] »

La recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise en date _____ du 12 septembre 2012, mettant en exergue l'aggravation de son état de santé et une capacité de travail restreinte à 50% dans toutes activités. Elle a conclu en conséquence à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité.

Quant à l'intimé, il s'est rallié à un avis du SMR, communiqué le 5 septembre 2012 et joint à la prise de position adressée à la Cour de céans le 27 septembre 2012. La Dresse X. _____, spécialiste en médecine interne et médecine du sport, y a consigné les observations suivantes :

« [...] **Commentaires :** cette expertise nous apporte un nouvel élément, c'est-à-dire l'atteinte du poignet droit de nature dégénérative, ce qui peut poser problème à une droitrière et amène à des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà décrites en 2006 (par rapport au trouble rachidien et des épicondylalgies). L'expertise contient également des tests fonctionnels et une évaluation ergothérapeutique, ce que le SMR n'était pas en mesure de faire. Néanmoins, il faut souligner que beaucoup de ces tests se basent soit sur les dires de l'assurée, soit ils sont dépendants de la motivation, respectivement de la collaboration. L'évaluation des capacités fonctionnelles ne semble pas avoir été contrôlée par la fréquence cardiaque ce qui pourrait justement nous renseigner sur ces éléments.

Si l'on regarde l'expertise actuelle en la comparant avec l'examen de 2006, on se rend compte que l'anamnèse est quasiment la même, que le status ne diffère que très peu (il y a les limitations par rapport au poignet D en plus) et que les nouvelles radiographies effectuées en 2012, n'apportent rien de nouveau si ce n'est une légère discopathie C4-C5. La liste des diagnostics retenus est pratiquement un copier-coller de celle du Dr D._____.

Les experts ne font pas ce travail comparatif, ils ne s'expriment pas sur l'évolution clinique et radiologique depuis 2006 ; ils se contentent de dire que « ces douleurs sont en augmentation depuis la dernière expertise médicale en 2006 ».

On est donc très étonné de lire que la capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 50% avec en plus une diminution de rendement de 20% (indication sous point 2.2), respectivement 40% (indication sous 2.4) et 2 pauses/heure. Ceci voudrait dire que l'assurée peut travailler effectivement soit 2h24, soit 3h12, ce qui contraste fortement avec ce qu'elle fait actuellement, c'est-à-dire 6h30 effectifs dans une activité qui est de loin pas adaptée. Même si l'on considère que son rendement ne correspond pas à ses heures de présence et qu'elle travaille probablement au-dessus de ses forces, une telle discordance n'est pas concevable.

Les experts parlent en plus d'épisodes dépressifs récurrents dans le contexte des douleurs chroniques et d'une vie sociale restreinte, mais on ne trouve rien dans l'anamnèse et le status pour l'étayer ; l'assurée n'a pas de traitement psychotrope.

Pour ces raisons, il m'est très difficile de m'aligner aux conclusions de cette expertise qui présente quand-même quelques lacunes, surtout en ce qui concerne l'argumentation. »

Le juge instructeur a transmis ces remarques aux experts judiciaires, lesquels ont complété leur précédent rapport comme suit en date du 22 avril 2013 :

« [...] Par rapport à 2006, les éléments cliniques recueillis auprès de la patiente lors de cette expertise parlent en faveur d'une évolution défavorable avec des douleurs au niveau lombaire plus importantes et une autonomie locomotrice diminuée. [L'assurée] souffrant d'une maladie dégénérative, il nous paraît tout à fait cohérent que son état clinique se soit péjoré depuis 2006 et la radiographie de colonne totale de type EOS réalisée le 13.02.2012 ne peut que confirmer cette évolution défavorable.

Comme souligné dans les deux courriers, un élément nouveau apparaît. Il s'agit d'une arthrose modérée du poignet droit accompagnée d'épicondylalgies, ajoutant ainsi un élément pour justifier cette diminution de la capacité de travail par rapport à 2006. Nos conclusions sont donc maintenues, mais nous allons les reformuler pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté.

De notre point de vue, la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 50% en respectant les limitations mentionnées dans notre expertise et, en raison des douleurs et des pauses nécessaires qui y sont liées, une diminution de rendement de l'ordre de 20% nous paraît raisonnable, et non 40% comme mentionné dans notre expertise.

Comme mentionné au point B 2.6, il nous est impossible de quantifier l'évolution de l'incapacité de travail à posteriori compte tenu du caractère évolutif de l'atteinte. Par conséquent, nous nous prononçons, à la date de l'expertise, soit le 22.02.2012. [...] »

Vu ce complément, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions par écriture du 27 mai 2013.

L'intimé s'est également déterminé le 30 mai 2013, considérant ne pas être en mesure d'adhérer aux conclusions des experts, ainsi que l'a indiqué le Dr Z._____, médecin auprès du SMR, dans un nouvel avis daté du 21 mai 2013. En particulier, ce praticien a communiqué les remarques suivantes :

« [...] Les experts exposent ensuite que l'évolution naturelle d'une maladie dégénérative va vers une péjoration, ce que nul ne saurait contester. Il s'agit là toutefois d'une généralité ; nous ne savons toujours pas en quoi elle s'applique à notre assurée. Il n'est pas dit quels éléments objectifs du status clinique permettent de confirmer l'aggravation. L'évolution observée sur la radiographie de la colonne totale n'est pas corrélée avec la clinique. Il est rappelé que l'arthrose du poignet droit est un élément nouveau par rapport à 2006, ce que nous reconnaissons volontiers. Les experts maintiennent donc une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, soit une capacité résiduelle de 40%. Dans l'incapacité de préciser la date de la péjoration, ils la situent au moment de l'expertise. La discordance entre cette estimation et le taux auquel [l'assurée] a réellement travaillé n'est toujours pas expliquée. »

Faisant suite à la demande de la recourante du 12 mai 2014, le juge instructeur a signalé aux parties que la cause était en l'état d'être jugée, par correspondance du 14 mai 2014.

E n d r o i t :

1.

1.1 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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).

1.3 In casu, le recours déposé le 22 mars 2011 contre la décision de l'OAI du 21 février 2011 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Sont litigieux l'appréciation médicale de la situation de la recourante et son droit à une rente d'invalidité, que la décision entreprise a supprimée, singulièrement l'estimation de sa capacité de travail dans

son activité habituelle et dans une activité éventuellement adaptée à son état de santé physique.

Le présent litige s'inscrit par ailleurs dans le contexte d'une procédure de révision initiée d'office dès le 2 février 2010, une requête de prestations de l'assurée du 6 juillet 2005 ayant fait l'objet d'une décision initiale du 18 avril 2008 d'octroi d'un quart de rente d'invalidité.

2.1 Selon l'art. 87 al. 2 aRAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011]), 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.

2.2 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

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 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

2.3 L'art. 88a al. 1 aRAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88a al. 2 aRAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit

aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

2.4 S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 aRAI vient préciser que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt : si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où le vice a été découvert (let. c).

L'art. 88bis al. 2 aRAI stipule que 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 (let. a) ; rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

3.

3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

3.2 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 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 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

4.

4.1 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant

n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

4.2 Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les

données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5.

5.1 In casu, il ressort des pièces du dossier de l'OAI que le médecin traitant de la recourante, le Dr Y._____, a fait mention d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente à l'issue du rapport médical établi en date du 16 mars 2010, justifiant cette modification uniquement par une péjoration des douleurs. Il n'a toutefois pas indiqué de nouveaux diagnostics, ni d'évolution substantielle de la capacité de travail, se bornant à observer la baisse effective du taux d'activité de l'assurée à hauteur de 30% dans l'activité habituelle.

L'intimé n'a procédé à aucune autre investigation médicale, se ralliant vraisemblablement à l'avis du SMR du 7 juin 2010, par lequel le Dr J._____ a conclu à un état de santé inchangé eu égard au précédent examen _____ réalisé _____ en mai 2006 par son confrère, le Dr D._____.

Dès lors, c'est exclusivement en considération de la situation économique concrète de la recourante que l'OAI est parvenu à la conclusion que le taux d'invalidité se montait de facto à 30%, se trouvant légitimé à rendre la décision litigieuse.

La Cour de céans a toutefois estimé être insuffisamment renseignée sur l'évolution éventuelle de l'état de santé de l'assurée et, conformément à la jurisprudence fédérale rappelée supra (cf. consid. 4), a mis en œuvre une expertise judiciaire rhumatologique destinée à actualiser les données médicales, confiant ce mandat aux Hôpitaux B._____ le 26 septembre 2011.

5.2 Le rapport corrélatif, établi le 19 juillet 2012 et complété le 22 avril 2013, remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante.

Singulièrement, les experts ont procédé à des investigations extrêmement fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il ont également opéré une analyse complète des pièces du dossier, en particulier de l'examen réalisé au SMR par le Dr D._____ en date du 9 mai 2006. Il ont discuté l'ensemble des diagnostics somatiques évoqués en l'espèce, non sans effectuer une évaluation professionnelle concrète (cf. à cet égard rapport d'ergothérapie). Les conclusions communiquées par les experts sont non seulement particulièrement étayées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de leurs examens.

Par ailleurs, les explications subséquentes du 22 avril 2013 quant à l'estimation de la capacité de travail au regard des limitations fonctionnelles décrites emportent indubitablement la conviction.

Partant, il convient de considérer que l'assurée dispose désormais d'une capacité de travail de 50% dans toutes activités, avec une probable baisse de rendement consécutive aux restrictions fonctionnelles liées à ses pathologies somatiques.

5.3 En conséquence, en comparaison des éléments factuels fondant la décision du 18 avril 2008, il y a lieu de retenir - à l'instar de l'intimé qui s'est rallié aux avis du SMR des 5 septembre 2012 et 21 mai 2013 - que l'état de santé de l'assurée s'est modifié dans une mesure susceptible d'influer sur ses droits au sens entendu par l'art. 17 LPGA.

En outre, indépendamment de la conclusion ci-dessus, valable sur le plan médical, l'on rappellera que la recourante a connu une

modification importante de sa situation financière, puisqu'elle a requis la réduction de son temps de travail à compter du 1^{er} janvier 2011.

Ce changement d'ordre économique justifie ainsi d'autant plus le réexamen des droits de la recourante sous l'angle de l'art. 17 LPGA.

5.4 En conséquence, en présence de motifs de révision, il s'agit de procéder à une nouvelle évaluation du taux d'invalidité présenté par l'assurée, conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA (cf. consid. 6 infra).

6.

6.1 Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3; 125 V 146 consid. 2c; 117 V 194 consid. 3b; TFA I 257/04 du 17 mars 2005).

6.2 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

6.3 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu 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)

6.4 Le revenu d'invalide 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'invalide. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, publiées par l'Office

fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, la mesure dans laquelle le salaire ressortant des statistiques doit être réduit dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

6.5 En l'espèce, l'année déterminante pour procéder à une comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGa, est l'année 2011, soit à l'issue de la procédure de révision d'office initiée par l'intimé.

A titre préalable, l'on observera que le statut d'active à plein temps reconnu à la recourante, n'est à juste titre pas contesté par les parties. Il a en effet été établi par l'intimé, à l'occasion de l'instruction de la demande de prestations AI du 6 juillet 2005, que l'assurée a été engagée auprès de l'Hôpital N. _____ dès le 1^{er} août 1981 pour accomplir un horaire de travail de 42,5 heures par semaine. Elle a certes réduit son taux d'activité à 80% dès le 1^{er} février 2001, toutefois pour des motifs exclusivement liés à ses problèmes lombaires. Partant, il apparaît probable qu'en bonne santé, elle aurait poursuivi une activité lucrative à temps complet, qui plus est au vu de son état civil de femme divorcée depuis 1986.

6.6 S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, l'avenant au contrat de travail, établi par l'employeur de l'assurée en date du 25 octobre 2010 avec effet dès le 1^{er} janvier 2011, indique qu'un salaire mensuel de 4'972 fr. serait versé treize fois pour la fonction d'aide d'exploitation à 100%.

Ce montant, correspondant à un salaire annuel de 64'636 fr., peut dès lors être pris en compte au titre de revenu hypothétique sans invalidité.

6.7 Quant au revenu d'invalidé, il eût été possible de se fonder sur les statistiques salariales préconisées par la jurisprudence du Tribunal fédéral, si la recourante n'avait plus exercé aucune activité ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité médicale.

A titre indicatif, dans cette hypothèse, le salaire de référence serait celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 4'394 fr. ($4'225 \text{ fr.} \times 41,6 / 40$), ce qui mettrait à jour un salaire annuel de 52'728 fr. à plein temps.

Compte tenu d'une capacité de travail partielle de 50%, sous suite d'une baisse de rendement de 20%, la somme de 21'296 fr. constituerait le revenu d'invalidé déterminant.

Au surplus, une réduction supplémentaire des salaires statistiques ne se justifierait pas, puisque l'appréciation médicale de la

capacité de travail de la recourante tient largement compte d'une baisse de rendement consécutive aux limitations fonctionnelles.

6.8 L'incapacité de gain de la recourante se monterait dans cette situation à 67,1% ($[(64'636 \text{ fr.} - 21'296 \text{ fr.}) \times 100 / 64'636 \text{ fr.}]$).

6.9 Cela étant, ainsi que le rappelle la jurisprudence fédérale citée supra, il sied de se baser en priorité sur la situation professionnelle concrète de l'assurée, laquelle a conservé son emploi à 50% au sein de l'Hôpital N. _____.

Dans la mesure où les rapports de travail sont stables - l'assurée étant employée auprès de ce même établissement depuis plus de trente ans - et qu'elle met en valeur la capacité de travail reconnue par les experts judiciaires à hauteur de 50%, la Cour de céans retiendra le salaire concrètement réalisé depuis janvier 2011 au titre de revenu d'invalidé déterminant pour le calcul, soit un revenu annuel de 32'318 francs.

Cette conclusion s'impose d'autant plus que l'employeur de la recourante a expressément indiqué à l'intimé en date du 30 juillet 2010, en réponse au questionnaire du 30 juin 2010, que le rendement observé correspondait au salaire versé. Etant rappelé que l'assurée déployait à cette date son activité lucrative à concurrence de 70%, l'on ne voit aucune raison pour que son rendement se soit modifié dès janvier 2011, alors qu'elle a diminué son temps de travail, a fortiori en l'absence de nouvelle dégradation avérée de son état de santé. Il s'ensuit qu'aucun indice sérieux ne permet de considérer que l'employeur de l'assurée acquitterait des éléments de salaire social.

6.10 Vu ce qui précède, l'incapacité de travail et l'incapacité de gain de la recourante se confondent à compter de janvier 2011 pour se monter à 50%, soit ($[(64'636 \text{ fr.} - 32'318 \text{ fr.}) \times 100 / 64'636 \text{ fr.}]$).

7. Il résulte de l'exposé ci-avant que le recours, bien fondé, doit être admis et le droit à une demi-rente reconnu à l'assurée sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.

Cette prestation devra lui être servie dès le 1^{er} avril 2011, soit à l'issue du délai de trois mois suivant la réduction effective de son temps de travail, conformément à l'art. 88a al.2 aRAI.

7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

7.2 Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue par l'intimé le 21 février 2011 est réformée en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité est reconnu en faveur de la recourante à compter du 1^{er} avril 2011.

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

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- G. _____, à [...],
- 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 :