

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 7 al. 2 et 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Ressortissante espagnole née en 1953, mariée et mère de famille, C._____ (ci-après: l'assurée) est arrivée en Suisse en 1982. Couturière de formation, elle a été employée depuis le 25 juin 1984 comme courtepointière au service de l'Hôtel Q._____, à Lausanne. Licenciée avec effet au 30 novembre 1992, elle n'a pas retrouvé de travail et a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage jusqu'en juin 1994.

Le 31 août 1994, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente. Comme atteintes à la santé, elle a mentionné des problèmes à la colonne vertébrale, de l'asthme ainsi que des hernies, existant depuis 1992.

Saisi de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a procédé à son instruction en recueillant divers renseignements, en particulier sur le plan médical. Il a ainsi chargé le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de réaliser une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 20 octobre 1999, l'expert a posé les diagnostics suivants:

- Axe I: état dépressif majeur d'intensité légère,
trouble douloureux associé à la fois à des facteurs
psychologiques et à une affection médicale générale chronique
d'intensité moyenne,
- Axe II: trait de personnalité passive - agressive dégénératif,
- Axe III: cervico-lombalgie sur trouble dégénératif,
incontinence d'effort stade III,
- Axe IV: (néant).

Le Dr X._____ a en substance considéré qu'il n'y avait pas de motifs psychiatriques qui permettaient d'expliquer ou de justifier une diminution du rendement théorique de la capacité de travail de l'assurée,

seul le trouble douloureux entraînant une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 50%. De plus, des sentiments de revendication à l'égard de l'ex-employeur, les ennuis économiques liés aux difficultés à retrouver un emploi après son licenciement, respectivement la fin de la période d'indemnisation par l'assurance-chômage, avaient été des facteurs motivationnels importants expliquant la réticence et l'impossibilité de l'assurée à reprendre une activité adaptée. Répondant aux questions de l'OAI, ce spécialiste a fixé en 1994 la date à laquelle la capacité de travail de l'expertisée avait subi une réduction de 25% au moins. Il a ajouté que le degré de cette capacité était stationnaire, celui-ci évoluant à 50% et pouvant éventuellement être amélioré à 70% par des mesures médicales, à savoir la prise d'un antidépresseur à activité antalgique qui pourrait stabiliser l'état de la patiente et peut-être améliorer sa capacité de travail à 70%. Une psychothérapie n'était pas à exclure, mais l'assurée semblait peu motivée par cette éventualité, car elle avait un besoin important de dénier ses difficultés psychologiques et ses conflits intra-psychiques. Enfin, l'expert préconisait également et de suite un reclassement professionnel pour une activité exigible à 50%.

B. Par décision du 4 janvier 2001, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} août 1995, correspondant à un taux d'invalidité de 53%. Le 27 janvier 2001, C._____ a déféré cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (auquel a succédé le 1^{er} janvier 2009 la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), concluant à son annulation et requérant la mise en œuvre d'une expertise, requête à laquelle le Tribunal des assurances a fait droit par jugement incident du 14 novembre 2001 (cause n° AI 308/01 inc. - 242/2001). Le Prof. T._____, chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, de l'Hôpital M._____, a été chargé de répondre au questionnaire d'expertise adressé par le tribunal. L'expert a déposé son rapport le 5 novembre 2002. En substance, il a noté que l'examen clinique avait permis de mettre en évidence des "signes de non-organicité selon Waddell, notamment sous forme d'une hypoesthésie au froter et au toucher du membre supérieur et du membre inférieur droits, sous forme d'une exacerbation des lombalgies

à la rotation combinée du bassin et du tronc ainsi qu'à la pression sur la tête". Le seul diagnostic pouvant être retenu était celui de "trouble somatoforme douloureux chronique chez une patiente connue pour présenter un état dépressif d'intensité légère, ayant un trait de personnalité passive-agressive et obsessionnel" (citant ici l'expertise du Dr X. _____). Il a estimé que si l'on s'en tenait aux constatations faites lors de l'examen somatique rhumatologique de l'expertisée - auquel s'ajoutait l'étude de ses dossiers (en particulier radiologique) -, il n'y avait pas d'incapacité de travail. En revanche, si l'on tenait compte de l'état douloureux chronique en rapport avec les troubles d'ordre psychiatrique, l'incapacité pouvait être considérée comme étant égale à 50%. L'expert relevait en outre qu'un traitement médical à visée antalgique, associé à un traitement d'amitriptyline à faible dose, permettrait certainement à l'assurée d'exercer une activité professionnelle à un taux suffisant, et il notait à cet égard que le Dr X. _____ avait déjà préconisé l'instauration d'un tel traitement antidépresseur à activité antalgique, sans pour autant que cette mesure n'eut été suivie jusque-là. L'exercice de l'activité de couturière, comme de toute autre occupation professionnelle légère (montage de pièces par exemple), pouvait être exigée à temps partiel (50%) de la part de l'assurée. Au plan somatique, le pronostic paraissait excellent, vu l'absence d'un quelconque argument clinique susceptible d'orienter vers une arthropathie inflammatoire, une pelvispondylite, voire une arthrose manifeste ou un conflit radiculaire. Cependant, la discordance entre l'intensité des plaintes émises et les résultats de l'examen clinique était tellement frappante, qu'elle constituait un élément parmi d'autres, laissant supposer que la surcharge fonctionnelle de cette assurée était majeure. En résumé, dans une activité adaptée, le taux de capacité de travail oscillait entre 50%, au minimum, et 80%, au maximum. Si, en définitive, l'expert concluait à l'existence d'un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 20%, dans un métier idéal et adapté, c'était uniquement afin de tenir compte de l'état douloureux chronique de l'expertisée, bien qu'il ne soit nullement corroboré par la présence d'une maladie organique quelconque.

Par jugement du 12 mai 2003 (cause n° AI 41/01 - 351/2003) entré en force, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours de C._____, considérant que c'était à juste titre qu'une demi-rente d'invalidité lui avait été octroyée dès le 1^{er} août 1995. S'appuyant sur l'expertise du Prof. T._____, il a estimé que l'intéressée ne subissait pas d'incapacité de travail sur le plan rhumatologique. Il a en revanche retenu, à l'instar de l'expert X._____, qu'elle présentait une comorbidité psychiatrique, ce qui l'a conduit à admettre un taux d'incapacité de travail de 50%.

C. Le 21 avril 2008, l'OAI a entrepris une procédure de révision de la demi-rente d'invalidité servie à l'assurée. A cette fin, un questionnaire lui a été adressé qu'elle a complété le 6 mai suivant. Elle a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis quatre ans, les douleurs ayant augmenté et s'étant étendues à d'autres parties du corps (hanches, genoux, ...). Elle a en outre fait savoir que, si elle était en bonne santé, elle souhaiterait travailler à 100% en tant que courtepointière ou couturière, par nécessité financière et intérêt personnel (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 15 août 2008 destiné à l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail: "lombalgies et lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite, chroniques, récidivantes sur troubles dégénératifs (discopathies L4-L5 et L3-L4 avec canal étroit modéré à ce niveau); état dépressif chronique", tous deux existant depuis 1997. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une épicondylite radiale du coude droit depuis 2000, des cervicalgies chroniques sur cervicarthrose C5-C6-C7 depuis 1999 ainsi que des périarthropathies des hanches depuis 2006. Il n'a pas constaté une amélioration de la situation. Selon le Dr N._____, l'incapacité de travail était en outre totale dans les activités de femme de chambre et de courtepointière en raison des douleurs à la nuque, à l'épaule et au coude droits, aux hanches ainsi qu'au niveau dorsolombaire. Outre ces diverses

limitations, un état anxiodépressif chronique limitait également la capacité de travail exigible, qu'il évaluait entre 20 et 30%.

Les indications fournies par le Dr N. _____ ne permettant pas au Dr K. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) de se prononcer sur l'existence d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, l'OAI l'a prié de lui fournir des renseignements complémentaires. Le 23 juin 2009, le Dr N. _____ a fait parvenir à l'OAI une lettre dans laquelle il répondait en ces termes aux questions qui lui étaient posées:

"[Y a-t-il eu un consilium rhumatologique depuis 2003? Si oui, merci de nous en fournir une copie.]

1.- Elle [l'assurée, réd.] a été vue en 2004 par le Dr D. _____ et en 2009 par le Dr J. _____. Elle a déjà été examinée par le Dr J. _____ en 1992 et 1994. Rapports de consultations ci-joints.

[L'assurée est-elle au bénéfice d'un suivi psychiatrique?]

2.- Non, elle ne comprend pas pourquoi on soigne le psychisme alors que son problème concerne les douleurs dorsolombaires sur troubles dégénératifs. Elle ne supporte pas les médicaments antidépresseurs à effet sédatif. J'assure moi-même le soutien psychologique.

[En page 2, vous indiquez une capacité de travail de 20-30%. Depuis quand cette indication est-elle valable? Pour quelles raisons?]

3.- En page 2, j'ai mentionné la capacité de travail exigible de 20-30%, pour les activités légères.

[En page 3, vous indiquez une incapacité de travail de 100%. Depuis quand cette indication est-elle valable? Pour quelles raisons?]

4.- En page 5, j'ai indiqué une incapacité de travail de 100% pour sa dernière activité en tant que femme de chambre, courtépoinrière."

Le Dr N. _____ n'ayant pas répondu à une nouvelle demande de renseignements de l'OAI, l'assurée a été convoquée au SMR en vue d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Celui-ci a été réalisé les 7 octobre et 18 novembre 2009 par les Drs F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 14 décembre 2009, ces médecins ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail:

Lombalgies chroniques M 54.56.

Trouble statique et dégénératif du rachis lombaire sans mise en évidence de déficit neurologique ou de signe irritatif.

Pseudo-sciatalgies bilatérales sur périarthrite des hanches.

Cervicalgies à caractère mécanique sur trouble statique et dégénératif M 54.2.

Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué une fibromyalgie avec mise en évidence de signe de non organicité selon Waddell et Kummel (M 79.0) et une hypertension artérielle traitée. Ils se sont exprimés comme suit sous l'intitulé "appréciation du cas":

"Assurée âgée de 56 ans, au bénéfice d'une demi-rente depuis 1995 à la suite d'une décision du Tribunal cantonal des assurances s'appuyant sur une expertise du Prof. T._____, retenant une incapacité de 50% uniquement sur un trouble douloureux subjectif, sans mise en évidence de troubles ostéoarticulaires significatifs pouvant avoir une influence sur la capacité de travail.

L'examen actuel au SMR est effectué dans le cadre d'une révision d'office lors de laquelle l'assurée déclare une aggravation de son état de santé, confirmée par son médecin traitant, sans mise à disposition d'éléments pertinents sur le plan médical pouvant soutenir cette aggravation.

L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée en bon état général, ne présentant aucune limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celle imposée par une attitude oppositionnelle occasionnelle. Sur le plan neurologique, aucun déficit n'a été objectivé. L'assurée fait état d'une symptomatologie algique touchant le rachis dans son ensemble, avec une prédilection pour le rachis cervical et lombaire à caractère constant, d'intensité submaximale, 8/10, répondant partiellement au traitement antalgique. Associée à ces plaintes du rachis, l'assurée déclare une irradiation douloureuse aux dépens des 2 MI centrée sur les hanches et les genoux, avec une prédilection pour la G, à laquelle se surajoutent des rachialgies à caractère fluctuant et migrant sans notion de facteur déclencheur.

L'examen de médecine générale met en évidence une légère surcharge pondérale, un important déconditionnement musculaire aux dépens de la musculature posturale avec relâchement de la sangle abdominale et rétraction modérée de la musculature ischio-jambier. A signaler aussi un trouble statique avec une hyperlordose (projection antérieure du bassin et postérieure des épaules). A signaler la mise en évidence de 13 points sur 18 selon Smythe en

faveur d'une fibromyalgie, associés à 5 signes sur 8 selon Waddel et 1 signe sur 2 selon Kummel en faveur d'un processus à caractère non organique.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence un trouble dégénératif aux dépens du rachis cervical, relativement prononcé par rapport à l'âge de l'assurée, associé à un trouble dégénératif modéré du rachis lombaire. L'examen clinique permet de confirmer l'absence de trouble déficitaire sur le plan radiculaire ou irritatif.

En conclusion, cette assurée de 56 ans, au bénéfice d'une demi-rente depuis 1995, en relation avec un trouble douloureux et un état dépressif léger, déclare une aggravation de son état de santé lors de la révision d'office du mois d'avril 2008. Cette aggravation se base sur une irradiation douloureuse aux dépens des MI et des hanches, associée à une intensification des plaintes algiques. L'examen clinique au SMR confirme des troubles dégénératifs aux dépens du rachis cervical et lombaire, mais ne met en évidence aucune limitation dans les amplitudes articulaires ou de trouble neurologique. A signaler l'absence de phénomène inflammatoire clinique décelable.

La globalité des atteintes ostéoarticulaires ne peut expliquer l'ampleur des plaintes mises en avant par l'assurée ni le handicap que celles-ci entraînent dans la vie de tous les jours. Un diagnostic de fibromyalgie est retenu en présence de 13 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une telle pathologie, associés à 5 signes sur 8 selon Waddel et 1 signe sur 2 selon Kummel en faveur d'un processus à caractère non organique. Ce diagnostic est en concordance avec le diagnostic retenu par le Prof. T. _____ lors de son expertise du 05.11.2002.

Les atteintes objectives à la santé sont à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à fortes charges physiques. Les activités habituelles antérieures de l'assurée (femme de chambre) peuvent être considérées comme des activités à charges physiques moyennes, raison pour laquelle une incapacité de travail de 50% dans une telle activité est retenue. En ce qui concerne l'activité de courtepoinrière, le service de la REA devrait se prononcer sur l'implication des limitations fonctionnelles dans une telle activité.

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution de rendement. Cette évaluation de la capacité de travail se base uniquement sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. Cette évaluation se base aussi sur les critères de la jurisprudence actuelle. Selon cette jurisprudence, les troubles douloureux chroniques sans substrats somatiques objectifs ne peuvent être considérés comme incapacitants de longue durée en l'absence de pathologie psychiatrique pré-existante à caractère incapacitant, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité selon la jurisprudence.

Au point de vue psychiatrique, l'assurée n'a jamais eu besoin de consulter un spécialiste. Elle est sociable, elle a une activité physique régulière (natation), elle lit régulièrement des livres de médecine et des romans. Elle se sent en bonne santé psychique, ce qui est confirmé par notre examen.

L'examen ne montre aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique ni de diminution de sa capacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout, de préférence à la guise de l'assurée et au minimum 1 fois à l'heure. Eviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Diminution du périmètre de marche à environ 1 heure, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, absence de position statique prolongée du rachis cervical en flexion-extension, éviter les mouvements de rotation brusques de la tête D-G. Pas d'activité en position debout prolongée immobile, éviter les activités en hauteur.

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

Cette assurée est au bénéfice d'une demi-rente depuis 1995 à la suite d'une décision du Tribunal cantonal des assurances de 2003, se basant sur une expertise du Prof. T._____, datant du 05.11.2002.

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

Sur la base de la jurisprudence actuelle et au vu de l'examen clinique réalisé ce jour au SMR en corrélation avec les documents radiologiques mis à disposition, une pleine capacité de travail est retenue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues. Cette évaluation de la capacité se base uniquement sur des données biomécaniques théoriques en s'appuyant sur la jurisprudence actuelle.

Concernant la capacité de travail exigible,

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement. Les activités antérieures de l'assurée, (femme de chambre), une incapacité de travail de 50% dans ce domaine est retenue. En ce qui concerne l'activité de courtepoinrière, il est proposé que le service de la réadaptation évalue les exigences de cette profession par rapport aux limitations fonctionnelles médicalement établies.

Sur le plan ostéoarticulaire et radiologique il y a bel et bien une aggravation de l'état de santé par rapport au moment de l'octroi de rente. Cette aggravation n'a pas de conséquence significative par rapport à la capacité de travail médico-théorique de cette assurée.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE FEMME DE CHAMBRE: 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100%"

Dans un avis médical du 11 janvier 2010, le Dr K. _____ a considéré ce qui suit:

"A la suite d'un jugement du TCA du 12.5.2003, cette assurée est au bénéfice d'une ½ rente depuis 1995 pour un trouble douloureux avec état dépressif léger.

Dans le questionnaire pour la révision, l'assurée se déclare aggravée depuis 4 ans (soit 2004), avec une extension des douleurs à d'autres parties du corps. Elle n'a pas d'activité lucrative.

Le Dr N. _____, généraliste, rappelle les anciens diagnostics, en y ajoutant des périarthropathies des hanches depuis 2006. Il mentionne également une dispersion des douleurs et atteste une incapacité de travail totale de 70-80% (page 2 de son rapport), puis de 100% (page 3), sans toutefois préciser depuis quand.

Au vu de ces imprécisions, et le Dr N. _____ ne répondant pas à nos courriers, l'assurée a été convoquée à un examen bidisciplinaire au SMR le 7.10.2009 et le 18.11.2009.

L'assurée se plaint de lombalgies météo-dépendantes, s'étendant à tout le rachis, avec une prédilection pour la région cervicale, augmentant au cours de la journée. Elle signale une tuméfaction des mains au réveil, des coudes et des genoux.

L'examen rhumatologique n'a pas montré de limitation des amplitudes articulaires en dehors de blocages oppositionnels occasionnels. Les articulations ne sont pas tuméfiées. Aucun déficit neurologique n'a été observé. Un net déconditionnement musculaire a été démontré, ainsi que des troubles de la statique en hyperlordose. L'examineur a dénombré plusieurs signes en faveur d'une fibromyalgie et en faveur d'un processus à caractère non organique. Ces constatations sont conformes à celles faites par le Prof. T. _____ dans son expertise de 2002.

Aucune pathologie psychiatrique n'a été mise en évidence.

L'atteinte somatique objective induit des limitations fonctionnelles qui sont détaillées en page 8. Ces limitations fonctionnelles justifient une incapacité de travail de 50% dans l'activité de femme de chambre est reconnue. Nos consultants ne se prononcent pas expressément sur la capacité de travail comme courtépicière, laissant aux spécialistes en réadaptation le soin de se déterminer. En revanche, ils admettent une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles."

Dans une note du 15 mars 2010 faisant suite à un entretien avec l'assurée, un collaborateur de l'OAI a indiqué que, compte tenu de sa situation, aucune mesure d'orientation professionnelle n'était envisagée.

Invité à préciser si l'état de santé de l'assurée s'était amélioré sur le plan psychique, le cas échéant à quelle date, le Dr K. _____ s'est exprimé en ces

termes dans un avis médical du 23 juin 2010:

"L'expertise du Dr X. _____ date du 20.10.1999. Elle conclut à un état dépressif majeur d'intensité légère, avec un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique d'intensité moyenne. Il précise que le trouble de l'humeur est léger et ne réduit pas théoriquement la capacité de travail. Pour l'expert, il n'y a pas de motifs psychiatriques qui permettent d'expliquer ou de justifier une diminution de rendement. A l'époque, les critères de gravité du trouble somatoforme n'étant pas en vigueur, il a été considéré qu'à lui seul, il justifiait une incapacité de travail de 50%.

Lors de l'examen clinique au SMR, notre consultant n'a retenu aucune pathologie psychiatrique. On peut donc théoriquement admettre une amélioration et considérer que le trouble dépressif d'intensité légère est en rémission complète.

[...]

Rien dans l'anamnèse ne permet de situer cette amélioration dans le temps. De toutes manières, cette précision n'a pas d'importance, puisque l'épisode dépressif initial n'était pas considéré comme incapacitant."

Par projet de décision du 15 octobre 2010, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de supprimer la demi-rente d'invalidité versée.

Le 11 novembre 2010, l'assurée a présenté à l'OAI des objections contre ce préavis. Elle a joint divers avis médicaux et s'est prévalu d'une "attestation médicale" du 3 novembre 2010 de son médecin traitant, le Dr N. _____, dans laquelle celui-ci rappelait les diverses pathologies de sa patiente et depuis quand elles faisaient l'objet d'un traitement médical. Sur cette base, le Dr N. _____ a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle en tant que femme de chambre et courtepoinrière. Elle était en revanche de 20 à 30% dans une activité légère. Par ailleurs, en dépit des thérapies suivies, aucune amélioration n'avait été constatée, si bien qu'il concluait à une aggravation progressive de l'état de santé de l'intéressée.

Le Dr K. _____ a été invité à se prononcer sur les documents produits par l'assurée à l'appui de son opposition. Il a retenu ce qui suit dans un avis médical du 17 novembre 2010:

"L'aggravation alléguée par le Dr N. _____ n'est pas contestée par le consultant du SMR (voir rapport d'examen clinique SMR, p. 9). Ce sont les répercussions de l'atteinte somatique sur la capacité de travail qui diffèrent.

Nous nous en tenons à la position déjà exprimée, qui repose sur un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique documenté et médicalement probant. Nous privilégions l'avis de nos consultants à celui du Dr N. _____, médecin généraliste, naturellement enclin à plus d'empathie du fait de la relation thérapeutique.

En conclusion, les documents fournis ne sont pas de nature à modifier notre position."

Par décision du 19 avril 2011, l'OAI a signifié à l'assurée la suppression de sa demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. Il a retenu ce qui suit:

"Nous avons procédé à la révision de votre droit à la rente.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoquée par le Service médical régional le 7 octobre 2009 et le 18 novembre 2009 en vue d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes: pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout, de préférence à la guise de l'assurée et au minimum 1 fois à l'heure. Eviter les positions en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance. Diminution du périmètre de marche à environ 1 heure, pas de montée ou descente d'escalier à répétition, absence de position statique prolongée du rachis cervical en flexion-extension, éviter les mouvements de rotation brusques de la tête D-G. Pas d'activité en position debout prolongée immobile, éviter les activités en hauteur.

Vous avez ainsi rencontré un conseiller afin d'évaluer les possibilités de réadaptation professionnelle adaptées à vos limitations fonctionnelles.

De votre côté, vous pensez ne pas pouvoir travailler en raison de votre atteinte à la santé.

Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, 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 2008 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'290.93 (CHF 4'116.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'491.16.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.10 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'572.47 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de votre âge et de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 44'686.60.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	52'572.00		
avec invalidité	CHF	44'686.60		
La perte de gain s'élève à	CHF	7'886.00	=	un degré d'invalidité de 15%

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint.

Notre décision est par conséquent la suivante:

La rente sera supprimée dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision."

Le 19 avril 2011, l'OAI a adressé au mandataire de l'assurée une lettre libellée en ces termes:

"Nous faisons référence à votre contestation de notre projet de décision du 15 octobre 2010 et sommes en mesure de nous déterminer de la manière suivante.

Le litige porte sur l'aspect médical du dossier, à savoir l'amélioration de l'état de santé de votre mandante que vous contestez.

Nous ne remettons pas en cause les expertises antérieures qui ont justifié la demi-rente octroyée à Madame C. _____ à l'époque.

Cependant, lors de la révision du dossier de votre mandante, nous avons repris l'instruction du dossier et sommes arrivés à la conclusion que les éléments justifiant à l'époque une telle rente ne sont plus présents.

En effet, d'un point de vue psychiatrique, l'examen clinique réalisé au Service Médical Régional (SMR) en date du 7 octobre 2009 et 18 novembre 2009, ne met plus en évidence de trouble de la personnalité. Votre mandante a par ailleurs indiqué n'avoir pas de problème psychique particulier, pas d'angoisse, pas d'inquiétude particulière pour l'avenir. Elle n'a de surcroît consulté aucun spécialiste. De l'anamnèse, il ressort qu'elle est sociable, a une activité physique régulière (natation), se rend à la bibliothèque régulièrement, fréquente l'église le dimanche. Elle a également gardé des contacts avec les locataires où elle tenait auparavant la conciergerie.

Force est dès lors de constater que les critères pouvant justifier une diminution de la capacité de travail en cas de trouble somatoforme douloureux ne sont actuellement plus remplis et c'est dans ce sens-là que nous avons admis la présence d'un motif de révision qui justifiait la suppression de la rente de votre mandante et non pas sur la base d'un changement de jurisprudence comme vous l'indiquez dans votre contestation.

Les conclusions du SMR sont claires, dûment motivées et ne souffrent d'aucune contradiction. Cet examen remplit les conditions pour avoir pleine valeur [probante] au sens de la jurisprudence de sorte que nous n'avons aucune raison de nous en écarter.

Nous sommes certes en présence d'une aggravation de l'état de santé d'un point de vue somatique, cette dernière n'a cependant pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles.

Au vu de tout ce qui précède, nous maintenons notre position telle qu'elle ressort du projet litigieux, pour le surplus, notamment

s'agissant du calcul de l'invalidité, nous vous renvoyons aux termes du projet.

[...]"

D. Par acte du 30 mai 2011, C._____ a recouru contre la décision du 19 avril précédent, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'elle continue d'avoir droit au versement sans changement d'une demi-rente d'invalidité. Elle soutient en substance que l'OAI n'était pas fondé à procéder à la suppression de la rente litigieuse, faute d'un motif de révision valable. Elle rappelle que, par décision du 23 août 2000, la demi-rente a été octroyée sur la base de l'expertise réalisée en 1999 par le Dr X._____. Or, le rapport d'examen bidisciplinaire du 14 décembre 2009 ne fait aucunement état de cette expertise. L'OAI n'a donc pas été en mesure d'apprécier l'existence d'un éventuel changement significatif. Partant, c'est à tort qu'il retient une amélioration de l'état de santé. Celle-ci est d'autant moins probable, selon la recourante, que l'expertise du Dr X._____ avait déjà relevé chez elle une tendance à dénier sa problématique psychiatrique. Ce déni a dès lors fort bien pu induire l'OAI en erreur. Enfin, une rente ne saurait être révisée en raison d'un changement de jurisprudence intervenu entre la date de l'octroi de la prestation et la décision attaquée prononçant sa suppression.

Le 30 août 2011, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il admet que la jurisprudence publiée aux ATF 135 V 201 fait obstacle à une révision prenant pour appui un changement de jurisprudence. Cela étant, l'OAI rappelle que l'octroi d'une demi-rente d'invalidité se fonde, d'une part, sur l'expertise du Dr X._____ de 1999 pour ce qui est de l'aspect psychiatrique et, d'autre part, sur le rapport d'expertise rhumatologique judiciaire du 5 novembre 2002 du Prof. T._____. Si le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux a certes été confirmé par le Tribunal des assurances dans son jugement du 12 mai 2003, il n'en demeure pas moins que les constatations faites au cours de l'examen bidisciplinaire au SMR en 2009 ont conduit les médecins à nier l'existence d'une quelconque pathologie psychiatrique. En outre, la recourante elle-même a indiqué ne pas avoir de problème psychique particulier, niant toute angoisse ou inquiétude

particulière, sa vie sociale étant désormais même relativement riche. L'OAI conclut de ce qui précède que, contrairement aux allégations de la recourante, son état de santé s'est effectivement modifié depuis la décision initiale, de sorte que la voie de la révision était bel et bien ouverte. L'OAI ajoute enfin que le fait de ne pas citer textuellement l'expertise du Dr X. _____ n'affaiblit nullement la valeur probante du rapport d'examen du 14 décembre 2009, dès lors qu'il y a lieu d'admettre que ses auteurs l'ont intégrée dans leur analyse. Au reste, il n'est pas surprenant de constater que des examens effectués à plus de dix ans d'intervalle aboutissent à des conclusions différentes, sans pour autant être contradictoires.

Dans sa réplique du 22 septembre 2011, la recourante a maintenu ses conclusions antérieures, contestant une nouvelle fois l'existence d'une amélioration de son état de santé. En ne citant pas l'expertise du Dr X. _____, elle est d'avis que le Dr Z. _____ a commis une erreur méthodologique, ce qui justifie des doutes quant à la valeur probante du rapport d'examen du 14 décembre 2009, au moins s'agissant du volet psychiatrique. Tel n'est en revanche pas le cas de l'aspect somatique, puisque le Dr F. _____ a procédé à une comparaison entre ses observations et celles ressortant du rapport d'expertise du Prof. T. _____. Elle souligne ensuite le fait que le rapport d'examen du SMR de 2009 ne fait à aucun moment expressément état d'une amélioration sur le plan psychique. Bien plutôt, le Dr Z. _____ semble s'être contenté de retranscrire les propres déclarations de la recourante, selon lesquelles, nonobstant les diagnostics posés par le Dr X. _____, elle n'a jamais eu d'affection psychiatrique. C'est donc à tort que le psychiatre du SMR a relativisé le diagnostic retenu de fibromyalgie sur la base des critères développés par la jurisprudence actuelle (cf. p. 8 du rapport d'examen du 14 décembre 2009). La recourante en conclut que, au regard de la jurisprudence publiée aux ATF 135 V 201, l'OAI s'est fondé sur un raisonnement juridiquement erroné pour procéder à la suppression de la demi-rente d'invalidité versée.

Le 17 octobre 2011, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait aucun commentaire particulier à formuler à propos de la réplique déposée par la recourante.

E n d r o i t :

1. Déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) devant le tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA) et respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) Est en l'espèce litigieuse la suppression, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision dont est recours, de la demi-rente d'invalidité octroyée à la recourante par décision du 4 janvier 2001. On relèvera, à titre liminaire, qu'il n'est contesté par aucune des parties que l'OAI ne pouvait reconsidérer cette décision, dès lors que celle-ci, sur recours de C._____, avait été confirmée par jugement du 12 mai 2003 du Tribunal des assurances (cf. art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52).

b) Se pose dès lors la question de savoir si l'office intimé était fondé à appliquer les règles de la révision à la suppression de la demi-rente d'invalidité versée à la recourante. En d'autres termes, il convient d'examiner, sur la base des pièces médicales recueillies, si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision du 4 janvier 2001, respectivement depuis le jugement du Tribunal des assurances du 12 mai 2003.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement

important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et le cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 p. 257 ss; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

c) Selon la jurisprudence, la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Ces troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques qui nécessitent en principe une expertise psychiatrique pour déterminer leurs incidences sur la capacité de travail quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si la personne assurée présente une incapacité de travail (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3).

Dans un arrêt du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), qui a par la suite été précisé (ATF 131 V 49), le Tribunal fédéral a établi que les troubles douloureux somatoformes, respectivement la fibromyalgie, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Il existe une présomption que ces problèmes de santé ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la personne assurée. Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. A cet égard, il faut retenir notamment au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; 130 V 352).

d) Sous l'angle de la révision des prestations de longue durée, le Tribunal fédéral a en résumé statué que la jurisprudence exposée à l'ATF 130 V 352 ne constituait pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes qui avaient été allouées à une époque antérieure par des décisions entrées en force formelle (ATF 135 V 215 consid. 6). D'après la Haute Cour, il n'y a lieu d'adapter qu'exceptionnellement une décision relative à une prestation durable à une nouvelle jurisprudence. Tel est surtout le cas lorsque des intérêts publics prépondérants sont concernés (cf. ATF 135 cité consid. 5).

4. En l'espèce, il est constant que la recourante présente des atteintes à la santé sur le plan psychique et sur le plan somatique.

a) La recourante se prévaut de l'avis de son médecin traitant du 3 novembre 2010 et allègue que son état de santé s'est aggravé. L'intimé n'en disconvient pas, puisque les médecins du SMR attestent une aggravation sur les plans ostéoarticulaire et radiologique (rapport d'examen clinique du SMR du 14 décembre 2009, p. 9). La divergence porte plutôt sur l'appréciation de la capacité résiduelle de travail (cf. avis médical du Dr K. _____ du 17 novembre 2010). Point n'est toutefois besoin d'examiner cette question plus avant, dès lors que, au regard de l'objet de la décision querellée et des griefs soulevés par la recourante (cf. ATF 131 V 164), la suppression litigieuse par voie de révision se fonde sur une prétendue amélioration sur le plan psychique (cf. aussi consid. 2b supra).

b) A cet égard, l'office intimé soutient en substance, que faute de pathologie psychiatrique mise en évidence par les médecins de son SMR lors de l'examen de 2009, l'état de santé de la recourante s'est amélioré. De son côté, la recourante prétend que c'est à tort que l'intimé conclut à une amélioration de son état de santé, conduisant à la suppression de la demi-rente d'invalidité qui lui est servie.

Selon le Dr X._____, (cf. rapport d'expertise du 20 octobre 1999, p. 15), "il n'y a pas de motifs psychiatriques au vrai sens du terme qui permettent d'expliquer ou de justifier une diminution du rendement théorique de la capacité de travail de Mme C._____. Seul le trouble douloureux entraîne une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 50%." Pour sa part, l'expert judiciaire T._____ diagnostique "un trouble somatoforme douloureux chronique chez une patiente connue pour présenter un état dépressif d'intensité légère, ayant un trait de personnalité passive-agressive et obsessionnel (selon le rapport de l'expertise psychiatrique établie par le Dr X._____ pour l'assurance-invalidité du canton de Vaud, le 20.10.1999)." Il ajoute que "ces troubles ont empêché Madame C._____ d'exercer sa profession depuis 1994", les motifs étant un état douloureux chronique à localisation lombaire essentiellement (cf. rapport d'expertise du 5 novembre 2002, p. 3 et 4).

Il découle de ce qui précède que ni le Dr X._____, ni le Prof. T._____ n'ont retenu l'existence d'une pathologie psychiatrique fondant une quelconque incapacité de travail. En se fondant sur les examens cliniques effectués, ces deux experts retiennent une incapacité de travail de 50%, imputable selon eux à la problématique algique découlant du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué. En ne retenant aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, ni une diminution de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques, mais uniquement des limitations fonctionnelles somatiques (cf. rapport d'examen clinique du SMR du 14 décembre 2009, p. 8 et 9), les conclusions des Drs F._____ et Z._____ ne diffèrent en rien de celles énoncées par les experts X._____ et T._____, plusieurs années auparavant. Pour ce motif déjà, il n'y a pas lieu d'admettre une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante. Mais il y a plus.

c) Dès 2004 (ATF 130 V 352 déjà cité), le Tribunal fédéral a précisé à quelles conditions un trouble somatoforme douloureux, respectivement une fibromyalgie (cf. consid. 3c supra) pouvait se voir reconnaître un caractère invalidant. Outre que le seul diagnostic ne suffit plus, la Haute Cour a décrit différents critères permettant d'apprécier

l'influence de cette pathologie – qui doit désormais être diagnostiquée par un psychiatre – sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans son expertise datant de 1999, le Dr X. _____ s'est prononcé sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, essentiellement sur la base des examens cliniques effectués. Il n'a pas évalué l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à la lumière des critères posés par la jurisprudence en 2004. Il en va de même du Prof. T. _____, qui a réalisé son expertise en 2002. Tel n'est cependant pas le cas de l'évaluation à laquelle ont procédé les médecins du SMR, lesquels ont tenu compte des principes jurisprudentiels définis par le Tribunal fédéral. Dans leur rapport du 14 décembre 2009, ils ont estimé que les troubles douloureux chroniques sans substrats somatiques objectifs ne pouvaient être considérés comme incapacitants de longue durée en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante à caractère incapacitant, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signes de gravité, selon les critères de la jurisprudence actuelle. Ils ont précisé que l'assurée n'avait jamais eu besoin de consulter un spécialiste, qu'elle était sociable, avait une activité physique régulière (natation), lisait régulièrement et se sentait en bonne santé psychique. Sur cette base, les médecins du SMR ont conclu à l'absence de pathologie psychiatrique, excluant une diminution de la capacité de travail pour des motifs psychiques.

Quand bien même aucune pathologie psychiatrique n'a été mise en évidence à la suite de l'examen bidisciplinaire effectué au SMR en 2009, il n'est pas pour autant fait état, dans le rapport du 14 décembre 2009, d'une modification de l'état de santé de la recourante sur ce plan. C'est bien plutôt à l'aune des critères nouvellement définis par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux que les Drs F. _____ et Z. _____ ont apprécié la capacité de travail de la recourante dans une activité réputée adaptée. Constatant que la recourante ne présentait aucune diminution de la capacité de travail sur le plan psychique, l'office intimé en a inféré une amélioration de son état de santé, le conduisant, par la voie de la révision, à la suppression de la

demi-rente d'invalidité versée. Or, les nouvelles règles jurisprudentielles posées par le Tribunal fédéral à propos du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, ne constituent pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes d'invalidité en cours (ATF 135 V 215 consid. 6). Cette jurisprudence fait donc obstacle à la suppression du droit à la demi-rente d'invalidité, de sorte que, faute d'un motif valable, la révision à laquelle a procédé l'intimé n'est pas fondée.

d) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que l'examen bidisciplinaire du SMR n'a pas mis en évidence une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante. De plus, c'est à tort que l'OAI s'est fondé sur l'appréciation découlant de cet examen pour en déduire une amélioration de l'état de santé de la recourante, le conduisant à supprimer, par la voie de la révision, le droit à la demi-rente d'invalidité versée.

Cela étant, on observe que les conclusions convaincantes et dûment motivées du rapport d'examen du SMR ne sont infirmées par aucune pièce au dossier et que ce rapport répond donc a priori aux requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra consid. 3b). Aussi, la recourante disposerait d'une capacité de travail entière dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles et une capacité de 50% dans sa profession. Il n'apparaît dès lors pas superflu d'examiner, par surabondance, la question de l'opportunité d'une réintégration de la recourante sur le marché de l'emploi.

5. Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Dans un arrêt rendu le 15 novembre 2011 (9C_254/2011, consid. 7.1.2.1 et 7.1.2.2), le Tribunal fédéral a notamment considéré ce qui suit:

Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesures d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009

du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans.

Dans le cas particulier, il convient de constater que la recourante, née le 13 juillet 1953, bénéficie d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 1995. Elle cumule dès lors les deux conditions au jour de la décision dont est recours (datée du 19 avril 2011). La recourante devait donc faire l'objet d'un examen complet en matière de mesures professionnelles, au-delà d'une simple mesure d'aide au placement. Or, on observe que cet examen a précisément déjà été effectué, le service compétent ayant exclu toute mesure d'orientation professionnelle par note du 15 mars 2010. Il faut en conclure que la réintégration de la recourante dans le circuit économique n'est pas envisageable.

6. En définitive, c'est à tort que l'office intimé a supprimé la demi-rente d'invalidité octroyée à la recourante, faute d'un motif de révision. Partant, la décision entreprise doit être annulée, en ce sens que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité est maintenu.

7. Représentée par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, la recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter équitablement à 1'500 fr. à la charge de l'OAI lequel, débouté, supportera les frais de la cause (cf. CASSO VD, arrêt du 23 avril 2012, dans la cause AI 230/11 - 144/2012 et les références citées), arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

**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 19 avril 2011 est annulée, en ce sens que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité est maintenu.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :