

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2014

Présidence de Mme DESSAUX

Juges : Mmes Röthenbacher et Pétremand Besancenet,
assesseure

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8, 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 87 et 88a RAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante croate née en 1952, mariée et mère de deux fils, a résidé en Suisse à réitérées reprises dès 1972 pour y exercer une activité lucrative de femme de chambre. Depuis le 7 août 2002, elle est domiciliée durablement dans le canton de Vaud avec son conjoint et est titulaire d'un permis d'établissement C.

A compter du 11 avril 2005, elle a disposé d'un contrat de travail en qualité de femme de chambre et employée de lingerie à plein temps auprès de l'Hôtel V._____ à Lausanne.

B. Dès cette même année, elle a présenté des lombalgies et des gonalgies. Suite à l'exacerbation de ses douleurs lombaires en février 2009, une incapacité totale de travail, dont les conséquences financières ont été assumées par S._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, a été prononcée dès le 5 mars 2009.

Dans ce contexte, l'assureur précité a obtenu les renseignements utiles des médecins traitants en charge de l'assurée, à savoir les Drs W._____, médecin généraliste, et B._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie.

Ce dernier a fait état des éléments suivants, aux termes d'un rapport établi le 6 avril 2009 à l'attention du Dr W._____ :

« [...] Du point de vue paraclinique, l'IRM lombaire du 06.03.2009 met en évidence une discopathie multiétagée avec protrusion discale L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire, ainsi qu'une arthrose facettaire postérieure. La radiographie du bassin met en évidence une minime coxarthrose peu significative.
En conclusion, [l'assurée] présente donc dans le cadre d'une surcharge physique, une exacerbation de lombopygialgies D, actuellement sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, à insérer dans un contexte d'une discopathie multiétagée prédominant en L4-L5 et L5-S1 associée à plusieurs zones dysfonctionnelles et probablement reflet d'une tentative de compensation et responsable

de la symptomatologie douloureuse. Elle présente également un syndrome polyinsertionnel récurrent. [...] »

Quant au Dr W._____, il a diagnostiqué un « syndrome lombovertébral récurrent sur une importante discopathie dégénérative étagée sur l'ensemble des disques lombaires, y compris les deux derniers dorsaux », précisant ce qui suit dans un rapport complété le 5 mai 2009 à l'attention de S._____ :

« L'évolution n'est pas favorable sous le traitement antalgique et la physiothérapie. La patiente présente une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne. Le pronostic est plutôt défavorable. »

Il a par ailleurs maintenu pour une durée indéterminée l'incapacité de travail prononcée dès le 5 mars 2009 et joint à son envoi un rapport d'imagerie de la colonne lombaire, réalisé le 9 mars 2009, lequel conclut notamment à une « discarthrose étagée de L3 à S1 », une « discopathie dégénérative étagée sur l'ensemble des disques lombaires, y compris les deux derniers dorsaux » et une « arthrose facettaire importante depuis L3 jusqu'à S1, sans hypertrophie des ligaments jaunes. »

Vu ces éléments, S._____ a décidé de mettre en œuvre une expertise rhumatologique de l'assurée, confiée au Dr J._____, spécialiste en médecine interne, rhumatologie et médecine du sport, lequel a rendu son rapport le 30 juin 2009. A l'issue de son examen, réalisé le 29 juin 2009, après prise en compte de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée, il a retenu les diagnostics suivants :

- lombo-pseudo-sciatalgies chroniques ;
- douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette ;
- gonarthrose gauche ;
- troubles disco-dégénératifs sévères du rachis lombaire.

Dans son appréciation de la situation et en réponse aux questions de l'assureur, il a fait part de ses observations en ces termes :

« [...] L'examen clinique actuel reste difficile d'appréciation en raison de nombreux signes de surcharges fonctionnelles venant entraver l'examen ostéo-articulaire. On retrouve une altération douloureuse de la mobilité tronculaire et de la nuque de même que des douleurs musculo-squelettiques globales intéressant tant le squelette axial que périphérique, il n'y a pas de véritables limitations fonctionnelles objectivables des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue est négative, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force ou de la sensibilité.

Les examens radiologiques révèlent la présence d'une gonarthrose gauche significative de même que des troubles disco-dégénératifs sévères du rachis lombaire.

Au-delà d'une gonarthrose gauche et des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire bien réels, ces derniers ne permettent d'expliquer qu'en partie la globalité de la symptomatologie présentée par l'assurée, leur intensité, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. L'examen clinique reste principalement marqué par la présence de nombreux signes de surcharge fonctionnels évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié sans que l'expert n'ait d'explications organiques quant à la globalité des douleurs alléguées par l'assurée. Il ressort donc pour constat des troubles disco-dégénératifs lombaires sévères, incompatibles avec son activité professionnelle de femme de chambre et nettoyeuse d'hôtel.

Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, autorisant l'alternance de la position assise et debout, excluant la marche prolongée principalement la descente et la montée des escaliers et les travaux accroupis, la capacité de travail de [l'assurée] est de 90%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement, cette dernière restant liée à la diminution de la vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le dos et la marche. [...] »

L'expert a dès lors conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité de femme de chambre, tandis qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées était exigible à 90%, la diminution de 10% correspondant à la baisse de rendement admissible.

Fondée sur ce qui précède, S. _____ a mis fin au versement de ses prestations au-delà du 31 octobre 2009 par décision du 8 juillet 2009. Quant à l'employeur de l'assurée, l'Hôtel V. _____, il a résilié le contrat de travail avec effet au 31 août 2009 par correspondance du 15 juillet 2009, motif pris de l'arrêt de travail en cours et de la fermeture temporaire de l'établissement pour travaux.

En conséquence, l'assurée s'est annoncée aux organes de l'assurance-chômage et a bénéficié d'un délai-cadre indemnisé dès le 2 novembre 2009.

C. L'assurée a par ailleurs requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc en date du 2 mars 2010 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité les pièces du dossier constitué par S._____ et les informations utiles de la Caisse cantonale de chômage. Il a également réuni les renseignements médicaux pertinents de la part du médecin traitant de l'assurée.

Aux termes de son rapport initial, complété le 26 avril 2010 à l'attention de l'OAI, le Dr W._____ a rappelé les diagnostics évoqués, à savoir un « syndrome vertébral récurrent sur une importante discopathie dégénérative étagée sur l'ensemble des disques lombaires » et une « gonarthrose gauche » au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail. Il a précisé avoir assuré le traitement de sa patiente depuis le 25 novembre 2005 et préconisé une incapacité totale de travail pour la période limitée s'étendant du 5 mars 2009 au 31 octobre 2009, mettant en exergue le recouvrement d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} novembre 2009 dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr J._____. Il a par ailleurs fourni un tirage de l'expertise réalisée par ce dernier, ainsi que du rapport établi antérieurement par le Dr B._____, accompagnés du rapport d'imagerie de la colonne lombaire du 9 mars 2009.

L'OAI a soumis l'ensemble des pièces précitées au Service médical régional AI (ci-après : le SMR), lequel a été en mesure de rendre son rapport d'évaluation final le 20 juillet 2010. Reprenant les constatations _____ et _____ conclusions _____ du Dr J._____, la Dresse D._____, médecin auprès du SMR, a en effet pris en considération une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle

et une capacité de 90% dans un activité en adéquation avec l'état de santé de l'assurée dès le 30 juin 2010 (recte : 30 juin 2009).

Le dossier de l'assurée a été transmis à un spécialiste en réadaptation professionnelle, lequel s'est entretenu avec la conseillère en personnel en charge du cas auprès de l'Office régional de placement de la Riviera (ci-après : l'ORP) et un conseiller en intégration de la Fondation C._____. Dans le compte-rendu de cet entretien, daté du 7 octobre 2010, le collaborateur de l'OAI a relaté que l'assurée avait effectué deux stages sous l'égide de ladite fondation, mandatée par l'ORP, le premier d'une durée d'un mois d'avril à mai 2010 en tant qu'ouvrière de conditionnement léger et le second durant deux semaines en juillet 2010 en qualité d'aide lingère. Il a par ailleurs relevé que ces stages s'étaient bien déroulés et avaient permis de dégager des cibles professionnelles compatibles avec l'état de santé de l'assurée en vue de favoriser sa réinsertion rapide avec le concours de l'ORP. Il a en conséquence établi une proposition de décision de principe le 18 octobre 2010, déterminant un degré d'invalidité de 3,22% au vu d'un revenu sans invalidité de 44'005 fr. et d'un revenu d'invalidité de 42'583.70 fr., ainsi que suggérant l'octroi d'une aide au placement à l'exclusion de toutes autres prestations.

Se basant sur ces éléments, l'OAI a émis en date du 7 février 2011 une communication à l'attention de l'assurée en vue de lui accorder une aide au placement, ainsi qu'un projet de décision de refus de rente d'invalidité. La décision corrélative, datée du 21 mars 2011, est entrée en force faute de contestation de l'assurée dans le délai légal.

Le 14 juin 2011, l'assurée a été examinée par le médecin-conseil du Service de l'emploi, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne, psychosociale et psychosomatique, laquelle a constaté dans son rapport du 16 juin 2011 qu'une incapacité totale de travail, vraisemblablement durable, se justifiait du fait des mesures médicales en cours. L'assurée a spontanément communiqué un tirage de ce document à l'OAI le 4 juillet 2011.

D. Par requête formelle du 15 juillet 2011, l'assurée a sollicité le réexamen de ses droits à des prestations AI, indiquant au titre d'atteintes à la santé une « arthrose grave [de la] colonne lombaire » et une « arthrose des genoux ».

Invitée le 26 juillet 2011 par l'administration à établir de façon plausible une modification substantielle de sa situation, l'assurée a fait parvenir un rapport du 29 juillet 2011 émanant du Dr W._____, libellé comme suit :

« [...] Par la présente, je me permets de vous informer que l'état de santé [de l'assurée] s'est aggravé ces derniers temps. En effet, elle souffre de douleurs lombaires en permanence qui sont particulièrement péjorées à la position debout et lors de l'activité physique, même à la position assise prolongée plus d'une trentaine de minutes. La radiographie de la colonne lombaire effectuée en juillet 2011 montre une légère aggravation des troubles dégénératifs par rapport à celle de juin 2009. Dans son ancienne activité de femme de ménage, son incapacité est totale et cela pour une durée indéterminée. Dans une activité adaptée, avec la possibilité de rotation en [position] assise et debout de courte durée, la capacité de travail serait à 50%. [...] »

Consultée pour avis, la Dresse D._____ du SMR a indiqué le 16 août 2011 que le rapport du Dr W._____ n'était pas suffisamment explicite, proposant en conséquence de requérir auprès de ce dernier « une copie des derniers rapports d'imagerie réalisée, ainsi qu'un status ostéo-articulaire rachidien détaillé et le traitement actuel prescrit. »

Le Dr W._____ a donné suite à cette demande de compléments _____ les 1^{er} septembre 2011 et 15 septembre 2011, produisant derechef un tirage du rapport radiologique du 9 mars 2009 et mettant en exergue les éléments suivants :

« 1 - Status ostéo-articulaire : En effet, la patiente a été vue en juillet 2011 par le professeur G._____, spécialiste de la colonne lombaire. Cet examen montre [que] le bassin est horizontal, le rachis est bien balancé sur le plan frontal et sagittal. La mobilité lombaire est très

diminuée dans toutes les directions, particulièrement douloureuse en hyperextension et en flexion latérale des deux côtés. La mobilité des deux hanches est assez libre et indolore. La manœuvre de la jambe tendue est douloureuse à partir de 85° des deux côtés, le Lasègue est négatif des deux côtés. Le status neurologique des deux MI est grossièrement sans particularité. La radiographie montre une coxarthrose modérée des deux côtés.

Les deux genoux sont légèrement tuméfiés accompagnés de crépitation lors de la mobilisation. La radiographie des genoux montre une gonarthrose gauche.

La radiographie de la colonne lombaire montre des troubles dégénératifs avancés et pluriétagés avec une réaction ostéophytaire circonférentielle à tous ces niveaux. [...] »

Le SMR s'est prononcé comme suit sur ces éléments dans un avis du 6 octobre 2011 :

« [...] Les réponses apportées par le Dr W._____ en date du 01.09.2011 et du 15.09.2011 ont été discutées avec un médecin rhumatologue du SMR, et comparées à l'expertise rhumatologique du 30.06.2009 réalisée par le Dr J._____ pour le compte de l'APG. Il apparaît dès lors que la mobilité lombaire était déjà limitée dans toutes les directions lors de l'expertise de 2009. Des troubles dégénératifs avancés et pluri-étagés de la colonne lombaire étaient déjà décrits par le Dr J._____ en 2009, de même que la gonarthrose G. Par ailleurs, le Dr W._____ annonce qu'une coxarthrose modérée bilatérale est mise en évidence à l'imagerie. Toutefois, cette atteinte est sans répercussion fonctionnelle à la lecture de son status ostéo-articulaire puisqu'il note une mobilité des deux hanches assez libres et indolores. Finalement, le traitement antalgique annoncé par le Dr W._____ (voir rend. divers du 01.09.2011) est inchangé par rapport à celui décrit lors de l'expertise rhumatologique de 2009 et est relativement faible au vu des douleurs lombaires permanentes annoncées par l'assurée (voir RM du 29.07.2011 du Dr W._____). En conclusion, au vu des renseignements apportés par le Dr W._____ dans le cadre de cette nouvelle demande, il n'y a pas d'élément médical nouveau en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise rhumatologique de 2009. Cette dernière tenait compte des différentes atteintes ostéo-articulaires de l'assurée dans l'appréciation de la CT résiduelle dans une activité adaptée. »

Partant, en date du 2 février 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de toutes prestations AI, maintenant le degré d'invalidité de 3,22% retenu aux termes de sa décision initiale du 21 mars 2011.

L'assurée s'est manifestée auprès de l'OAI le 21 février 2012 en produisant un tirage des pièces médicales précédemment versées à son dossier, à savoir les rapports du Dr H. _____ du 16 juin 2011 et du Dr W. _____ du 29 juillet 2011, ainsi des certificats d'arrêts de travail établis par ce dernier et par le Dr G. _____, spécialiste de la colonne vertébrale et chirurgien orthopédique. Elle a également fait parvenir un rapport du Dr W. _____ du 8 mars 2012, reprenant pour l'essentiel les éléments exposés en date du 29 juillet 2011.

Considérant l'absence d'élément nouveau démontré à ce stade par l'assurée, l'OAI a émis le 16 avril 2012 une décision strictement identique au projet mentionné supra.

E. Par acte du 30 avril 2012, l'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, manifestant sommairement son désaccord et produisant un rapport du 14 juillet 2011 du Dr G. _____ à l'attention du Dr W. _____.

Ce document fait état des observations suivantes :

« [...] [L'assurée] est confrontée à des douleurs lombaires chroniques, d'après elle invalidantes. Les symptômes sont légèrement diminués en position couchée, ce qui lui permet de dormir. La position assise est limitée à une trentaine de minutes, les douleurs étant particulièrement sévères lors de la station debout et lors de l'activité physique. Elle ne décrit pas de douleur irradiant dans les membres inférieurs, hormis dans les fesses, sans anamnèse, ni de claudication, ni de déficit neurologique. Elle fait usage de Tilur généralement une fois par jour, de Structum et de Dafalgan.

A l'examen physique, on est confronté à une patiente en assez bon état général, surcharge pondérale surtout tronculaire, d'aspect légèrement déprimé. Elle marche à petits pas, lentement, sans boiterie évidente. A la station debout, le bassin est horizontal, le rachis est bien balancé sur le plan frontal et sagittal. Douleurs modérées à la palpation des épineuses lombaires. La musculature paravertébrale est assez souple et indolore. La mobilité lombaire est très diminuée dans toutes les directions, particulièrement douloureuse en hyperextension et en flexion latérale des deux côtés. Les deux hanches montrent une mobilité assez libre et indolore. La manoeuvre de la jambe tendue est douloureuse à partir de 85° des deux côtés, le Lasègue et le Bowstring sont négatifs des deux côtés. Le status neurologique est grossièrement sans particularité dans les

deux membres inférieurs. L'examen orthopédique des genoux montre une certaine tuméfaction, surtout du côté gauche, accompagnée de crépitations lors de la mobilisation.

La **radiographie** de la colonne lombaire face et profil de ce jour montre des troubles dégénératifs très avancés et multiétagés entre L2 et S1, avec notamment, un léger antérolisthésis en L2-L3, une discopathie dégénérative L3-L4 et une spondylose L4-L5, L5-S1, le tout accompagné par une réaction ostéophytaire circonférentielle à tous ces niveaux.

En comparaison avec les clichés radiologiques de juin 2009, on constate une légère aggravation des troubles dégénératifs.

L'IRM lombaire datant de juin 2009 confirme les troubles dégénératifs susmentionnés, accompagnés d'une protrusion discale plutôt paramédiane gauche en L3-L4 et une sténose spinale modérée L2-L3, sans vraie compression des structures nerveuses.

Les radiographies de 2009 permettent également de mettre en évidence une gonarthrose gauche ainsi qu'une coxarthrose bilatérale modérée.

Evaluation du cas:

La symptomatologie douloureuse de la patiente est sûrement à mettre en relation avec les troubles dégénératifs lombaires susmentionnés. J'ai expliqué à la patiente la pathologie dont elle souffre et nous avons discuté des options thérapeutiques qui nous sont offertes. Le caractère dégénératif de la pathologie et l'étendue de cette dernière sur plusieurs segments vertébraux, font que la prise en charge devra être plutôt conservative avec un renforcement de la structure musculaire lombaire et abdominale, un contrôle du poids (possiblement la perte d'une quinzaine de kg) et une optimisation des médicaments antalgiques. J'ai en effet ajouté à ses médicaments un essai avec du Zaldiar qu'elle prendra 3 fois par jour et qui pourra être augmenté ou remplacé par du Tramal retard si elle devait bien supporter ce produit. Du point de vue professionnel, il me semble assez clair que [l'assurée] est incapable d'exercer sa profession de femme de ménage à 100%. Une activité sédentaire qui pourrait être exercée en position assise avec de courtes périodes debout pourrait par contre être exercée à un taux d'au moins 50%. Je n'ai pas prévu de revoir la patiente à ma consultation car ne représentant absolument pas une indication à une prise en charge opératoire. [...] »

Invitée à compléter son recours par le juge instructeur le 3 mai 2012, sous peine d'irrecevabilité, l'assurée s'est exécutée le 4 mai 2012, faisant valoir que l'OAI, respectivement le SMR, n'auraient pas correctement évalué les conséquences de ses atteintes à la santé et invoquant les compétences spécifiques du Dr G. _____ au détriment des médecins du SMR. Concluant à l'annulation de la décision entreprise et à la reconnaissance d'une invalidité totale, elle a requis préalablement la production des dossiers des Drs W. _____ et J. _____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et l'audition du Dr G. _____.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 25 juin 2012. Il a considéré qu'une instruction complémentaire ne se justifiait aucunement, se fondant sur un nouvel avis du SMR du 7 juin 2012, dûment annexé à ladite correspondance.

Les Drs D. _____ et F. _____ ont observé notamment ce qui suit dans ce document :

« [...] Les constatations cliniques décrites par le Dr G. _____ sont déjà connues au dossier, puisque reprises mot à mot par le Dr W. _____ dans son rapport médical du 15.09.2011. Elles ont dès lors été déjà discutées dans l'avis médical SMR du 06.10.2011. Dans son rapport médical du 14.07.2011, le Dr G. _____ conclut à une IT totale dans l'activité habituelle de femme de ménage, mais à une CT résiduelle d'au moins 50% dans une activité adaptée. En conclusion, ce rapport médical n'apporte pas d'élément nouveau, puisque les éléments objectifs qui y sont décrits ont déjà été pris en compte dans l'appréciation de la situation médicale par le SMR dans son avis médical du 06.10.2011. Quant à l'appréciation de la CT résiduelle faite par le Dr G. _____, elle ne contredit pas celle faite par le Dr J. _____ en 2009. »

Le 10 août 2012, la recourante a répliqué en maintenant ses précédentes conclusions et en se prévalant derechef du rapport établi par le Dr G. _____ le 14 juillet 2011.

L'intimé a également persisté dans ses conclusions par duplique du 5 septembre 2012.

Procédant à l'instruction de la cause, le juge instructeur a décidé de questionner par écrit le Dr G. _____ et invité la recourante à communiquer ses questions à l'attention de ce spécialiste, lequel a fait part de ses réponses le 17 décembre 2012, citées pour partie ci-dessous :

« [...] **6. Quelle est la condition de [l'assurée] notamment s'agissant de l'état de la colonne lombaire et de ses hanches ? Y a-t-il des problèmes avec ses genoux ?**

Les investigations radiologiques effectuées en 2011 montraient des troubles dégénératifs très avancés et multiétagés entre L2 et S1 avec, notamment, une instabilité segmentaire L2-L3, une discopathie dégénérative L3-L4 et une spondylose L4-L5, L5-S1, le tout accompagné d'une réaction ostéophyttaire circonférentielle à tous les niveaux.

La symptomatologie douloureuse lombaire de [l'assurée] est vraisemblablement à mettre en relation avec les troubles dégénératifs lombaires susmentionnés. Le caractère dégénératif de la pathologie et l'étendue de cette dernière sur plusieurs segments vertébraux, font que la prise en charge devra être plutôt conservative (médicaments, physiothérapie, réduction de l'activité physique). Une prise en charge chirurgicale n'est par contre plutôt pas indiquée.

Etant moi-même un spécialiste du dos, je ne peux hélas pas me prononcer quant à ses problèmes de hanches et de genoux.

[...] 8. Où en sont les choses et pouvez-vous dire si ces troubles vont en s'aggravant ?

Il s'agit de troubles dégénératifs lombaires assez avancés et hélas étendus à plusieurs niveaux. L'évolution est indéterminée mais selon l'histoire naturelle de ces pathologies, il faudra s'attendre à une aggravation progressive.

[...] 11. Pouvez-vous dire si vraisemblablement l'état de [l'assurée] s'est détérioré entre le 21 mars 2011 et maintenant ?

Patiente vue une seule fois à ma consultation en date du 14.07.2011.

12. Quelles sont les perspectives thérapeutiques et pour quelles raisons aucune intervention chirurgicale n'a-t elle été envisagée ?

Dans mon expérience personnelle et d'après ce que l'on trouve dans la littérature moderne à ce sujet, les pathologies dégénératives lombaires multiétagées ont un taux de succès très moyen après prise en charge chirurgicale.

13. Quelle va être l'évolution de l'état de [l'assurée] et dans quelle mesure peut-on considérer qu'il va continuer à se dégrader au fil du temps ? Est-ce que cela risque de l'amener à devenir incapable de se déplacer et ou de vaquer à son ménage ?

L'évolution de la pathologie de [l'assurée] reste indéterminée à moyen-long terme. Comme déjà mentionné, il faudra s'attendre probablement à une aggravation lente et progressive de ses plaintes douloureuses sans pour autant atteindre des niveaux d'invalidité physique (déficit neurologique). Quant à la capacité de la patiente pour vaquer à ses occupations domestiques, elle aussi reste indéterminée à long terme.

14. Selon votre appréciation du cas, y a-t-il une véritable possibilité pour [l'assurée] de travailler dans les fonctions qui ont été les siennes avant sa période de chômage et de maladie ? Ou dans d'autres fonctions, le cas échéant à quel taux et avec quelle limitation ?

L'état de santé de [l'assurée], en particulier ses problèmes lombaires, fait que la patiente est dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle qui était la sienne avant sa période de chômage et de maladie. Dans le cadre d'une activité de type sédentaire, où la patiente pourrait modifier sa position de travail en alternant les positions assise, debout et de courtes marches, sans soulever ou porter des poids supérieurs à 3 kg et de façon non répétitive, sans flexion-extension ou rotation du tronc répétitives, il est possible que la patiente puisse exercer une activité professionnelle d'environ 50% (ceci est basé sur ma consultation du 14.07.2011 et nécessiterait d'être vérifié dans le cadre d'un atelier d'évaluation de l'AI). »

La recourante a pris position sur ce complément par écriture du 14 janvier 2013, mettant en exergue l'aggravation progressive de son état de santé et concluant à la reconnaissance d'un taux d'invalidité minimal de 50%. Elle a sollicité au surplus la mise en œuvre d'une expertise orthopédique destinée à évaluer les répercussions de ses atteintes des genoux.

Quant à l'OAI, soulignant que le Dr G. _____ n'avait de facto relaté aucun élément substantiellement nouveau eu égard à son rapport du 14 juillet 2011, il s'est rallié à un avis du SMR du 22 janvier 2013 opérant ce même constat, et conclu au maintien de la décision querellée dans _____ une _____ détermination _____ du 28 janvier 2013.

Par pli du 19 février 2013, l'assurée a produit spontanément un rapport du Dr W. _____ du 18 février 2013 réitérant pour l'essentiel les propos du Dr G. _____, tout en mentionnant une récente exacerbation de la symptomatologie douloureuse de sa patiente.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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.

b) 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).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours déposé le 30 avril 2012, complété le 4 mai 2012, contre la décision de l'OAI du 16 avril 2012 est recevable.

2. Par décision du 16 avril 2012 - objet de la présente contestation - l'OAI a nié le droit de la recourante à des prestations AI, soit aussi bien à une rente d'invalidité qu'à des mesures professionnelles du fait d'un degré d'invalidité largement inférieur à 40%, respectivement 20%.

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision,

laquelle détermine l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2).

Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53)

b) Aux termes de ses différentes écritures en complément à l'acte de recours du 30 avril 2012, l'assurée a contesté exclusivement le refus de rente d'invalidité, à l'exclusion du refus de mesures professionnelles.

Dès lors, seule demeure en principe litigieuse et partant, constitue l'objet du litige la question du droit à la rente, singulièrement d'un degré d'invalidité éventuellement supérieur à 40%. Ce n'est que dans l'hypothèse d'un taux d'invalidité excédant 20% que devrait être réexaminé d'office le droit à des mesures professionnelles, respectivement à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI.

3. En l'espèce, la recourante s'est une première fois vu refuser le droit à une rente AI par l'autorité intimée dans une décision du 21 mars 2011, entrée en force en l'absence de recours dans le délai légal.

La décision contestée, datée du 16 avril 2012, a été prise dans le contexte d'une seconde requête formelle, soit d'une procédure de révision sur demande. Il y a donc lieu de déterminer si l'avis médical du SMR du 6 octobre 2011 – sur lequel se fonde l'intimé pour conclure à l'absence de fait nouveau survenu depuis le 21 mars 2011 qui serait susceptible de constituer un motif de révision – a lieu d'être suivi.

a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

b) Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TF I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1).

c) 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, et

donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

d) L'art. 88a al. 1 RAI précise 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 ou le besoin d'aide 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 RAI, 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 ou le besoin d'aide 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.

4. a) 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en

moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

b) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351

consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Il y a lieu d'examiner si en l'espèce, un changement important des circonstances est intervenu entre la décision de l'OAI du 21 mars 2011 - qui niait le droit à une rente à la recourante - et la décision du 16 avril 2012 lui refusant toutes prestations AI, attaquée dans le cadre de la présente procédure.

a) Préalablement, il convient de constater que l'OAI, saisi d'une nouvelle demande de prestations AI est entré en matière en instruisant l'aspect médical du dossier vu les doutes quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée. Des renseignements médicaux ont été expressément requis auprès du médecin traitant de cette dernière, le Dr W._____.

b) Eu égard aux rapports complétés par ce praticien, tant à l'occasion de la première demande de prestations que de la seconde, l'on relèvera qu'il s'est limité pour l'essentiel à reprendre à l'identique les

constatations des spécialistes ayant examiné sa patiente, soit les Drs B._____, J._____ et G._____.

L'on peut en conséquence se référer aux avis et constatations desdits somaticiens pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan physique, aucune problématique du registre psychique n'ayant au surplus été diagnostiquée.

c) Il n'est pas contesté que le rapport d'expertise, établi le 30 juin 2009 par le Dr J._____ pour le compte de S._____, revêt pleine valeur probante, puisque ce document remplit les réquisits jurisprudentiels énoncés plus haut, les conclusions de l'expert ayant à juste titre été suivies par l'OAI, respectivement le SMR, pour rendre la décision initiale du 21 mars 2011.

S'agissant des observations du Dr G._____ en lien avec la problématique lombaire, telles que ressortant de son examen du 14 juillet 2011, il convient de relever que celles-ci peuvent également être qualifiées d'étayées et de convaincantes, dans la mesure où ce spécialiste a procédé à une étude complète du dossier de l'assurée, tout en prenant en considération ses plaintes, non sans effectuer les investigations nécessaires (p.ex radiographies).

Cela étant, ainsi qu'il l'a lui-même indiqué le 17 décembre 2012 en réponse aux questions complémentaires posées par l'intermédiaire de la Cour de céans, le Dr G._____ n'a pas été réellement en mesure de se prononcer sur une aggravation effective de l'état de santé global de la recourante. N'ayant rencontré cette dernière qu'à une seule reprise, son appréciation repose dès lors uniquement sur la comparaison des radiographies effectuées respectivement en 2009 et 2011.

Selon les propres termes de ce praticien, dite aggravation a été qualifiée de légère (cf. rapport d'examen du 14 juillet 2011, p. 2), alors

même que la radiographie de référence précède de plus de deux ans celle à disposition dans le cadre de son examen.

Aussi, force est d'en déduire que, quand bien même une aggravation devait être effectivement reconnue, celle-ci serait de peu de gravité dans un intervalle temporel de plusieurs années.

Compte tenu de la lente progression de la pathologie lombaire diagnostiquée, au demeurant mise en exergue par le Dr G. _____ lui-même, il apparaît d'autant plus légitime d'exclure la survenance d'une aggravation substantielle de l'état de santé de l'assurée, susceptible d'influer sur son degré d'invalidité, entre la décision initiale de l'OAI du 21 mars 2011 et l'examen spécialisé du 14 juillet 2011.

Par ailleurs, vu l'absence de nouveaux diagnostics ou d'éléments en faveur d'une aggravation effective jusqu'au 16 avril 2012, l'on peut se rallier aux constats de l'OAI, respectivement du SMR, tels que consignés dans la décision rendue à cette même date.

Quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, il y a lieu de remarquer que le Dr G. _____ demeure pour le moins circonspect en suggérant l'exercice d'une activité adaptée « à un taux d'au moins 50% » (cf. rapport d'examen du 14 juillet 2011, p.3), ce qu'il a réitéré dans ses réponses du 17 décembre 2012 à l'attention de la Cour de céans, sans plus ample précision et sous réserve d'une vérification concrète en atelier (cf. complément du 17 décembre 2012, p. 4).

Ce spécialiste n'exclut ainsi manifestement pas une capacité de travail supérieure au taux évoqué, susceptible d'atteindre celui de 90% retenu _____ par _____ le Dr J. _____.

L'on ajoutera que les conclusions et observations de ces deux spécialistes sont pratiquement superposables à plus deux ans d'intervalle, ce qui permet de considérer l'avis du Dr G. _____ comme une

appréciation divergente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée. Une telle appréciation ne constitue à l'évidence pas un motif de révision au sens entendu par l'art. 17 LPGA et la jurisprudence fédérale rappelée plus haut sur cette question.

Eu égard enfin à la gonarthrose du genou gauche, au sujet de laquelle le Dr G._____ ne s'est pas prononcé, il s'agit de rappeler - à l'instar du SMR - que les conséquences de cette atteinte avaient dûment été évaluées par le Dr J._____ à l'issue de son expertise du 30 juin 2009, tandis que le médecin traitant de la recourante, le Dr W._____, ne mentionne strictement aucune aggravation de cette problématique dans ses différentes correspondances à l'attention de l'OAI dans le contexte de la seconde demande de prestations AI formulée par sa patiente.

L'on ne saurait dès lors faire grief à l'OAI de ne pas avoir investigué plus avant cet aspect.

d) En définitive, il convient de se rallier à l'appréciation de l'OAI, respectivement du SMR aux termes de son avis du 6 octobre 2011, quant au défaut d'aggravation conséquente des pathologies affectant la recourante.

Il s'ensuit qu'en l'absence de changement substantiel de l'état de fait entre les deux décisions de l'intimé, force est de conclure à l'absence de motif de révision des droits de l'assurée sur la base de l'art. 17 LPGA.

Partant, le taux d'invalidité retenu précédemment par l'OAI - à savoir 3,22%, arrondi à 3% - compte tenu d'une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée n'a pas lieu d'être réévalué.

En outre, vu ce taux, l'OAI était légitimé à nier le droit à une rente d'invalidité de la recourante, sa décision du 16 avril 2012 ne pouvant en conséquence qu'être confirmée.

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V consid 157 consid. 1d ; TF 9C_272/2011 consid. 3.1).

a) In casu, l'OAI, respectivement la Cour de céans, ont sollicité les informations médicales pertinentes auprès de l'ensemble des médecins traitants ayant pris en charge la recourante. En l'absence de diagnostics réellement nouveaux ou influençant la capacité de travail, dûment étayés par ces praticiens, la mise en œuvre d'une expertise apparaît d'emblée superflue.

b) Un examen approfondi de la pathologie présentée aux genoux ne se justifie pas davantage, dans la mesure où ses répercussions fonctionnelles ont été élucidées à satisfaction par le Dr J._____ antérieurement à la décision initiale de l'OAI du 21 mars 2011, sans qu'une aggravation ait été démontrée ultérieurement à cet égard par les médecins traitants de la recourante (cf. également consid. 5c supra).

7. L'on ajoutera enfin que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b) et qu'un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2).

Vu ces principes jurisprudentiels, le rapport du Dr W._____,
daté _____ du _____

18 février 2013, produit par la recourante, lequel fait état d'une exacerbation de la symptomatologie douloureuse de la colonne lombaire et des genoux constatée à l'occasion d'une consultation du 13 février 2013, doit être écarté par la Cour de céans, l'état de fait déterminant pour le litige qui lui a été déféré se trouvant circonscrit aux événements survenus jusqu'au 16 avril 2012.

Au demeurant, l'on notera à toutes fins utiles que l'aggravation invoquée par le Dr W._____ n'est pas étayée par de nouveaux éléments objectifs, dans la mesure où ce praticien fonde une nouvelle fois ses allégations exclusivement sur les constats du Dr G._____ datant de juillet 2011.

8. Le recours se révèle en définitive entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

9. a) 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 de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 fr.

b) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, la recourante n'étant de toute manière pas représentée (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours formé le 30 avril 2012 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires à hauteur de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- T. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :