

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 septembre 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

C. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 8, 16, 17 et 21 al. 4 LPGA ; art. 8, 15 et 28 et 28a LAI ; art.  
88a et 88bis RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1969, est mariée et mère de deux fils, nés respectivement en 1994 et 1996.

Sans formation professionnelle, elle a occupé divers emplois non qualifiés, notamment dans l'agriculture, avant de se consacrer à l'éducation de ses enfants.

Dès le début des années 2000, elle a repris une activité lucrative en compagnie de son mari agriculteur. En avril 2003, elle a conclu, conjointement avec son époux, un contrat de bail à ferme relatif à l'exploitation d'un restaurant de montagne à [...] dans le canton de Berne. Son époux se chargeait de la gestion d'un domaine agricole, indissociable de l'activité du restaurant assumée par l'assurée, en sus d'une activité de berger exercée en parallèle.

**B.** Dans l'intervalle, le 9 janvier 2003, souffrant de maux de dos de longue date consécutifs à une hernie discale, l'assurée a subi une intervention chirurgicale, à savoir une « laminectomie L5 » et une « spondylodèse L5-S1 ». Alors qu'une incapacité totale de travail avait été prononcée dès le mois de novembre 2002, l'assurée a pu reprendre son activité lucrative au restaurant à 30% dès février 2003.

Cela étant, compte tenu de la persistance des lombalgies et de ses difficultés à poursuivre son activité, même à temps partiel, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) sous forme de rente par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Berne (ci-après : l'OAI-BE) le 19 décembre 2003.

Après avoir requis des rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée, l'OAI-BE a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, sur les plans somatique et psychiatrique. Les rapports

corrélatifs ont été établis le 27 novembre 2004 par la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, et le 10 décembre 2004 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

La Dresse B.\_\_\_\_\_ a retenu au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assurée, un « syndrome douloureux lombo-vertébral » des suites de l'opération de janvier 2003, avec « une mobilité limitée du membre inférieur gauche en l'absence d'atteinte radiculaire ». Sur le plan radiologique, elle a observé une « stabilisation de la spondylo-antérolisthésis L5-S1 » en présence d'un « matériel d'ostéosynthèse intact et sans instabilité ». Elle a également relevé, sans conséquences en termes de capacité de travail, une « obésité », un « status post appendicectomie » et des « céphalées de tension ». Sur la base de ces constats, elle a considéré qu'une activité de service dans la restauration était à éviter, dans la mesure où une incapacité de travail de près de 60% pouvait être admise. Toute activité ne comportant pas le port de lourdes charges (supérieures à 5 kg) et permettant l'alternance horaire des positions s'avérait en revanche possible, à un taux de 60%, voire 65%, au terme du traitement de physiothérapie comprenant trois séances hebdomadaires.

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a observé qu'en dépit d'une jeunesse écoulee dans des circonstances familiales difficiles, l'assurée n'avait pas développé de pathologie psychiatrique, ayant réussi à s'épanouir avec son conjoint et ses enfants. Elle ne présentait en outre pas de trouble phobique, ni de trouble de la personnalité, tandis que le syndrome douloureux chronique affectant son dos ne s'accompagnait pas de somatisations pathologiques. Il a conclu à l'absence d'atteinte à la santé psychique.

En consilium, les deux experts précités ont finalement estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 40% dans son activité

habituelle et de 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles strictement somatiques.

L'OAI-BE a diligenté une enquête économique de l'activité indépendante, réalisée le 13 janvier 2005, dont le rapport a été établi le 4 février 2005. Le Service des enquêtes a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée en recourant à la méthode extraordinaire d'évaluation. Il a retenu que l'exploitation du restaurant assumée par l'assurée pouvait être répartie en trois champs d'activités, à savoir l'administration, la cuisine et le service, à hauteur respectivement de 20%, 20% et 60%. Après détermination des revenus hypothétiques sans invalidité sur la base de la convention collective nationale de travail pour les restaurants et les cafés, l'enquêteur a considéré un revenu global sans invalidité de 38'412 francs. Quant au revenu d'invalidité, il se montait à 19'566 fr., compte tenu d'une incapacité de travail de l'assurée de 10% dans la sphère administrative, de 70% en cuisine et de 60% au service, soit une incapacité de travail pondérée de 52%. Après comparaison des revenus ci-avant, un degré d'invalidité de 51% pouvait être retenu. Il était précisé que des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas, au vu des conditions régissant le contrat de bail à ferme conclu par l'assurée et son conjoint.

Par décisions des 15 et 23 mars 2005, l'OAI-BE a alloué à l'assurée, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2003, une demi-rente d'invalidité, fondée sur le degré d'invalidité susmentionné, assortie de prestations pour son époux et ses enfants.

**C.** L'assurée a annoncé à l'OAI-BE avoir cessé son activité dans la restauration et déménagé avec sa famille à [...] dans le canton de Vaud dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, de sorte que l'OAI-BE a transféré l'intégralité du dossier constitué dans son cas à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI-VD ou l'intimé).

**D.** En date du 31 mars 2008, l'OAI-VD a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée.

A l'issue du questionnaire complété par cette dernière le 18 mai 2008, elle a indiqué avoir vu son état de santé s'aggraver dès 2007, précisant souffrir de « terribles maux de tête » et avoir de ce fait cessé son activité de restauratrice pour être mère au foyer. Elle a au surplus signalé qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative dans la restauration à concurrence de 50% par intérêt personnel et nécessité financière.

Le médecin traitant de l'assurée, le Dr F.\_\_\_\_\_, a fait parvenir un rapport médical à l'OAI-VD le 1<sup>er</sup> octobre 2008, mentionnant que les suites de l'opération de la colonne lombaire étaient seules susceptibles d'entraver la capacité de travail de sa patiente, à l'inverse de ses migraines, considérées comme sans incidence sur dite capacité. Il a estimé qu'une activité d'agricultrice n'était pas exigible à plus de 50%.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a considéré le 3 juin 2009 que l'état de santé et la capacité de travail résiduelle de l'assurée demeuraient stationnaires.

L'OAI-VD a procédé à une enquête économique sur le ménage le 2 septembre 2009. Le rapport corrélatif du 3 septembre 2009 a retenu que le statut de l'assurée serait celui d'une personne active à 100%, dans la mesure où, en bonne santé, elle se consacrerait conjointement avec son époux à l'exploitation du domaine agricole repris à [...] dès mai 2006. Elle aurait participé à la traite des vaches laitières, conduit le tracteur dans les champs et fait les foins, son aide s'avérant cependant limitée du fait de ses problèmes de santé. Son taux d'activité aurait vraisemblablement été de 100% dès 2008 au motif de la baisse du prix du lait, laquelle se répercutait négativement sur la situation financière de la famille. Au surplus, l'enquêtrice de l'OAI-VD a déterminé un degré d'invalidité de 26,7% au vu des empêchements rencontrés pour raisons de santé dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Par rapport médical initial du 18 janvier 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a indiqué avoir rencontré l'assurée à deux reprises sans être en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail.

Quant au Dr F.\_\_\_\_\_, il a complété un nouveau rapport le 17 février 2010, évaluant derechef la capacité de travail de l'assurée à 50% pour un emploi dans l'agriculture ou la restauration, préconisant d'éviter le port de charges, la position exclusivement assise, à genoux, accroupie, en rotation, ou avec les bras au-dessus de la tête, ainsi que limitant à trois heures les activités exercées uniquement en position debout.

L'OAI-VD a mandaté J.\_\_\_\_\_Sàrl, filiale de l'Association K.\_\_\_\_\_, aux fins d'effectuer une enquête sur l'exploitation agricole. Aux termes du rapport du 6 mai 2010, l'enquêtrice a observé qu'en bonne santé, l'assurée aurait assumé près de 2653 heures de travail annuelles dans ladite exploitation. Cela étant, ses problèmes de santé ne lui permettraient d'effectuer qu'environ 236 heures de travail, correspondant à une capacité de travail résiduelle de 9%.

Par communication du 27 octobre 2010, l'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle, supposée se dérouler du 2 novembre 2010 au 31 janvier 2011 auprès du Centre L.\_\_\_\_\_ à 60%. L'assurée a décliné la proposition de ce centre en vue d'un stage pratique en tant qu'employée d'intendance, s'estimant incapable de travailler hors de son domicile dans un tel contexte.

Elle a par ailleurs confirmé ce refus par pli du 2 mars 2011 à l'adresse de l'OAI, suite au rappel de ce dernier du 15 février 2011 relatif à l'obligation de diminuer le dommage, laquelle devait être concrétisée notamment par une participation active à des mesures d'ordre professionnel.

Le 31 mars 2011, l'OAI-VD a formellement mis en demeure l'assurée de participer à des mesures professionnelles, à savoir alternativement à la mesure proposée au sein du Centre L.\_\_\_\_\_ ou à une orientation professionnelle pouvant être mise en œuvre au sein du Centre U.\_\_\_\_\_ destinée à tester plusieurs postes sédentaires à 60%. Un délai lui était imparti pour se déterminer, échéant le 30 avril 2011.

L'assurée a répondu par courrier du 2 mai 2011, faisant valoir la dégradation constante de son état de santé, qui l'entravait dans ses tâches ménagères, ainsi que le soutien important apporté par les membres de sa famille pour pallier à ses handicaps. Elle a soutenu qu'une activité hors de son domicile était incompatible tant avec sa santé qu'avec ses obligations familiales.

Vu la position de l'assurée, l'OAI-VD a procédé à l'évaluation théorique de son invalidité en tenant compte d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, en renonçant à suggérer d'autres mesures professionnelles. Il a fixé le revenu sans invalidité sur la base de l'ACTT-agr (Arrêté vaudois du 3 avril 2000 établissant un contrat-type de travail pour l'agriculture ; RSV 222.55.1), soit un revenu annuel de 39'840 francs. S'agissant du revenu d'invalidité, il s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée en 2010 par l'Office fédéral de la statistique (OFS), à savoir 32'141 fr. après actualisation à l'année 2011 pour une activité ne requérant aucune qualification particulière, déployée à hauteur de 60%. Ressortait de la comparaison des gains un taux d'invalidité de 19,32%.

**E.** Etant donné le taux précité, l'OAI-VD a envisagé de supprimer la demi-rente d'invalidité précédemment allouée à l'assurée par projet de décision \_\_\_\_\_ du 20 juillet 2011, que cette dernière a contesté dans un courrier du 15 août 2011. Elle a en premier lieu relevé l'inadéquation des mesures professionnelles envisagées dans son cas et en second lieu rappelé les importantes douleurs l'affectant des suites de la dégradation de son état de santé. Elle a sollicité la possibilité de compléter ses griefs par la

production de pièces médicales après avoir pris connaissance de son dossier, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès d'un expert indépendant.

Par pli du 24 septembre 2011, elle a produit un certificat établi par \_\_\_\_\_ le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, lequel a attesté d'une aggravation de l'état de santé du fait de l'apparition de « céphalées très intenses » et de « poly-microruptures des deux tendons d'Achille nécessitant une immobilisation successive des deux pieds avec cannes et prévention de la thrombose ». Une incapacité totale de travail était momentanément prononcée. L'assurée a par ailleurs derechef proposé l'organisation d'une expertise indépendante.

A la demande de l'OAI-VD, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait parvenir, en date \_\_\_\_\_ du 28 décembre 2011, les pièces versées à son propre dossier médical, à savoir notamment les rapports consécutifs à une radiographie des chevilles \_\_\_\_\_ du 26 août 2011 et à une échographie des tendons d'Achille du 27 août 2011, ainsi que celui établi par la Dresse Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, \_\_\_\_\_ le 29 août 2011. Ces documents ont mis en évidence des chevilles « radiologiquement normales sans séquelles de fracture ni arthrose », ainsi qu'une « déchirure partielle récente et superficielle des deux tendons d'Achille un peu plus étendue à droite, associée à des signes de tendinite bilatérale également plus marqués à droite », en sus d'une « mini-déchirure également récente à la jonction myotendineuse interne du muscle triceps sural du côté droit » sans « calcification tendineuse ». Quant à la Dresse Y.\_\_\_\_\_, elle a estimé que l'assurée souffrait de « crises migraineuses » ne requérant pas de traitement spécifique sur le plan ophtalmologique.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, pour le compte du SMR, a estimé dans un avis \_\_\_\_\_ du

14 février 2012 que ces nouveaux éléments ne modifiaient pas l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 60%.

L'OAI-VD s'est enquis de l'évolution de la situation de l'assurée auprès du Dr M.\_\_\_\_\_ le 23 février 2012. Ce dernier a répondu le 21 mars 2012 avoir adressé sa patiente à la consultation des Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, se trouvant dans l'attente de leurs conclusions.

Ces spécialistes ont fait parvenir leurs rapports à l'OAI-VD, en date respectivement des 10 août 2012 et 4 octobre 2012.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation unique et communiqué un tirage de son rapport au Dr M.\_\_\_\_\_, daté du 9 mai 2012, où il avait observé des « céphalées trigémino-vasculaires », soit des « hémicrâniées paroxystiques chroniques » sans « aucune anomalie visible en dehors des crises » et des « examens neuroradiologiques toujours négatifs ». Un traitement prophylactique devait être envisagé.

Quant au Dr S.\_\_\_\_\_, il a signalé n'avoir constaté aucune limitation fonctionnelle en dépit d'une « tuméfaction relativement importante du corps tendineux surtout à droite et [un] tendon d'Achille gauche un peu sensible ». Il a précisé que l'activité d'agricultrice était restreinte, tandis qu'il convenait d'éviter « un travail de force et des déplacements importants » de même que le port de charges.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, dans un avis du 22 octobre 2012, cosigné par le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, soit rhumatologique, neurologique et psychiatrique, de l'assurée.

L'OAI-VD a donné suite à cette proposition en adressant l'assurée à la Clinique Q.\_\_\_\_\_ selon communication du 11 juillet 2013.

**F.** L'expertise en question a été réalisée entre les 10 et 12 septembre 2013 au sein de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ par les Drs V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Le rapport corrélatif, communiqué le 15 octobre 2013, fait état des diagnostics suivants :

« Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Lombalgies chroniques (M54.5) avec status après laminectomie L5 et spondylodèse L5-S1 en janvier 2003.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Gonalgies droites (M25.56) avec chondropathie fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire et méniscopathie interne.
- Tendinopathie d'Achille bilatérale (M76.6)
- Cervicalgies non spécifiques (M54.2)
- Obésité (E66.99)
- Dysthymie (F34.1)
- Céphalées non spécifiques. »

Au titre d'appréciation du cas, les experts de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ ont fait part de leurs conclusions notamment en ces termes :

« [...] **Sur le plan psychiatrique**, les plaintes de [l'assurée] étaient restreintes et elle n'évoquait ni baisse de moral, ni aucun autre symptôme, tel qu'anxiété, etc. à l'origine de son incapacité et de sa demande AI.

L'observation a en effet confirmé l'absence de signe de la lignée dépressive. S'il existe des fluctuations de l'humeur, celles-ci restent d'amplitude modeste et insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif, même léger.

Les fluctuations de l'humeur s'intégreraient plus dans le cadre d'un diagnostic de dysthymie, sans impact sur la capacité de travail.

Il n'est pas retrouvé de signe floride de la lignée psychotique, ni d'élément en faveur d'une anxiété pathologique.

**Sur le plan rhumatologique**, l'expertise actuelle s'accorde avec les conclusions de l'expertise antérieure, en ce qui concerne les séquelles douloureuses de l'intervention de 2003.

Les lombalgies chroniques conservent leur impact sur la capacité de travail et sont à l'origine de limitations fonctionnelles susceptibles d'interférer avec l'activité d'agricultrice, de la même manière qu'elles perturbaient l'activité de restauratrice.

Ce diagnostic a constamment été mis en avant par les médecins traitants eux-mêmes, qui, à l'exception de la période récente, accordaient peu de place aux autres diagnostics, qu'ils soient rhumatologiques ou neurologiques.

Ce sont ces lombalgies chroniques qui justifient le maintien d'une incapacité de travail inchangée, soit au maximum de 50%, dans l'activité habituelle.

Les autres plaintes rhumatologiques, apparues plus récemment, concernent des gonalgies droites et une tendinopathie d'Achille bilatérale.

L'examen des chevilles est aujourd'hui identique à celui rapporté par le

Dr M. \_\_\_\_\_ [recte : Dr S. \_\_\_\_\_], orthopédiste, au médecin traitant, en mai 2012. On note encore la présence d'une tendinopathie nodulaire d'Achille, prédominant à gauche. A l'examen, cette tendinopathie est sans impact fonctionnel, même à la marche.

Concernant les genoux, un rapport d'IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] du genou et de la cuisse droite, réalisée en janvier 2013 au [...], confirmait que les douleurs étaient en relation avec un enchondrome de la métaphyse distale du fémur, sans autre lésion osseuse ou ligamentaire. Les gonalgies se sont amendées en partie, à la faveur de la réduction du poids (qui reste néanmoins extrêmement élevé).

Aucun de ces deux diagnostics, aujourd'hui confirmés, n'ajoute de limitation fonctionnelle à celle qu'implique l'atteinte lombaire.

**Sur le plan neurologique**, les céphalées, mises en avant par [l'assurée] comme la source principale de l'aggravation, sont difficiles à étiqueter, du fait de la fluctuation de leur description et de leur fréquence.

Des céphalées ont été évoquées au dossier dès 2004. Il s'agissait alors de céphalées bi-temporales. Aujourd'hui, deux types de céphalées différentes sont décrites : les unes latéralisées, avec une composante péri-orbitaire d'intensité très élevée ; d'autres de siège occipital avec irradiations cervicales.

L'anamnèse neurologique détaillée ne permet pas aujourd'hui de retenir un diagnostic d'hémicrânie paroxystique potentiellement incapacitant.

Tout au plus, des céphalées plus diffuses, de type tensionnel, peuvent être retenues. [L'assurée] reconnaît une certaine efficacité au traitement antalgique usuel, mais qui ne serait que transitoire. Quoiqu'il [en soit], en particulier si elles peuvent être soulagées par un traitement banal, et que la fréquence des épisodes douloureux est modeste, (une à deux crises par semaine [recte : mois] selon les dires de [l'assurée]), ces céphalées ne sont pas susceptibles d'interférer avec la capacité de travail dans l'activité habituelle.

Au total, on reconnaît encore à [l'assurée] une incapacité de travail estimée au maximum à 50% dans l'activité d'agricultrice.

Aucun autre diagnostic que rhumatologique n'a de caractère incapacitant.

Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, sa capacité serait entière. »

S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont recommandé la « nécessité d'alterner régulièrement les positions, de limiter les déplacements en terrain irrégulier, d'éviter les mouvements en porte-à-faux du dos et le port de charges supérieures à 5 kg ».

Ils ont par ailleurs évalué comme suit la capacité de travail dans l'activité dite habituelle depuis 2003 :

« Dans l'activité d'agricultrice, [l'assurée] contribue encore de façon significative à l'exploitation. On doit admettre qu'elle n'est pas en mesure d'effectuer des travaux lourds, sans toutefois en connaître la nécessité. Elle se déclare capable de travaux légers pour l'entretien du jardin et des petits animaux, ainsi que des travaux administratifs. Nous concluons à une capacité au moins égale à 50% dans cette activité. »

Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites s'avérait entière aux dires d'experts également depuis 2003.

En date du 30 octobre 2013, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié pour l'essentiel aux conclusions communiquées par la Clinique Q. \_\_\_\_\_, retenant une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle depuis 2003 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de septembre 2013.

L'OAI-VD a posé des questions complémentaires aux experts de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ par pli du 21 novembre 2013, libellé comme suit :

« [...] Vos conclusions s'écartent de celles de l'expertise de neurochirurgie de 2004 puisque vous reprenez une exigibilité de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ; nous ne savons toutefois pas réellement depuis quand ces taux de capacité doivent être pris en compte.

Nous vous saurions dès lors gré de bien vouloir nous faire parvenir les renseignements complémentaires suivants, en étayant vos réponses de manière détaillée :

1. A partir de quelle(s) date(s) devons-nous considérer qu'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée pouvait être exigée de notre assurée ?
2. Autrement dit, remettez-vous en question l'évaluation de la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle (40%) et dans une activité adaptée (60%) retenue par l'expert en neurochirurgie en 2004 ? Si oui, pour quelles raisons précisément ?
3. Devons-nous au contraire considérer que l'état de santé et la capacité de travail de [l'assurée] se sont améliorés postérieurement à l'expertise de 2004 ? Dans ce cas, êtes-vous en mesure de déterminer une date d'amélioration, même approximative ? [...] »

Les experts se sont prononcés dans un complément d'expertise du 10 décembre 2013, faisant part de leurs conclusions définitives en ces termes :

« [...] En effet, nous avons négligé la différence entre nos propres évaluations de la capacité de travail et celles retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2004 ; respectivement de 40% dans l'activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée. Le calcul de l'invalidité nous avait du reste paru fondé alors sur l'enquête économique agricole et non sur ces évaluations.

L'analyse du dossier ne nous permet pas de comprendre cette différence d'appréciation.

En particulier, nous ne nous expliquons pas une capacité de travail restreinte dans l'activité adaptée, dès lors que les limitations fonctionnelles seraient respectées et en l'absence de toute atteinte psychiatrique.

Par ailleurs, n'ayant pas examiné l'assurée à cette date, nous ne pouvons pas émettre d'évaluation rétrospective de la capacité de travail dans l'activité habituelle à l'époque ; laquelle a changé.

Notre réponse à votre question 2, est donc négative : nous ne remettons pas en question cette évaluation de 2004.

Nos réponses aux questions 1 et 3 sont dès lors les suivantes : en fonction du status observé et de la description de son activité actuelle, on doit considérer que la capacité de travail est aujourd'hui de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ; capacités qui ne peuvent être exigées que dès la date de notre expertise. »

Par pli du 31 janvier 2014, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de l'expertise réalisée à la Clinique Q.\_\_\_\_\_, singulièrement s'agissant des aspects neurologique et rhumatologique. Elle a estimé que la fréquence et l'intensité de ses céphalées avaient largement été sous-évaluées, lesquelles rendaient à son sens impossible toute activité professionnelle, mais entraînaient une invalidité d'au moins 50%. S'agissant des douleurs du membre inférieur droit, en particulier du genou, elle a souligné qu'associées à ses problèmes dorsaux, elles rendaient « illusoire » une activité à 100%. Elle s'est au surplus étonnée qu'en présence d'une capacité partielle confirmée sur expertise en 2004 et d'une dégradation importante de son état général, sa capacité de travail fût désormais qualifiée d'entière. Elle a enfin indiqué avoir consulté deux spécialistes en cardiologie, les Drs A.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ consécutivement à des problèmes de souffle et des douleurs thoraciques, et fait l'objet d'une intervention coronarienne au sein de la Clinique

I. \_\_\_\_\_ en octobre 2013. Elle a dès lors conclu à la reconnaissance d'une incapacité de travail supérieure à 50% dans toutes activités.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a adressé un bref rapport à l'OAI-VD le 21 février 2014, accompagné de ses compte-rendus d'examen, signalant que « cette patiente n'[avait] aucune indication à une rente AI » sur le plan cardiologique.

Quant au Dr E. \_\_\_\_\_, il a indiqué à l'OAI-VD le 14 mars 2014 avoir effectué une coronographie en date du 3 octobre 2013, laquelle s'était avérée « sans particularités avec des coronaires normales et une fonction systolique du VG [réf. : ventricule gauche] également normale ».

Dans un courrier du 31 mars 2014, l'assurée a remis à l'OAI-VD un tirage du rapport établi par le Dr P. \_\_\_\_\_ le 12 mars 2014, où ce dernier a rappelé que sa patiente souffrait de « douleurs exclusivement hémicrâniennes droites survenant par périodes de plusieurs jours, associées à des décharges douloureuses extrêmement intenses et fréquentes et à des signes neurovégétatifs homolatéraux comportant larmoiement, sensation de chaleur, larmolement et rhinorrhée ». Il a précisé que « la situation [était] grave parce que la patiente [souffrait] de céphalées très fréquentes, très invalidantes qui l'[empêchaient] d'effectuer toute activité durant les périodes douloureuses ». Etait également annexé un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 28 mars 2014, où était relevé que « la situation [avait] tendance à se complexifier avec le temps, ceci d'un point de vue médico-thérapeutique », l'assurée se trouvant « très invalidée dans sa vie quotidienne ».

Le 7 avril 2014, les Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ du SMR ont constaté l'absence de motif permettant de s'écarter des conclusions de la Clinique Q. \_\_\_\_\_, plus particulièrement de l'appréciation de la capacité de travail actuelle, les pièces médicales versées au dossier depuis cette expertise ne relatant aucune aggravation. Ils ont précisé qu'aucune pièce médicale ne démontrait par ailleurs une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision initiale d'octroi de rente.

Partant, l'OAI-VD a adressé à l'assurée une décision de suppression de la rente d'invalidité, datée du 5 mai 2014, reprenant les termes de son projet de décision du 20 juillet 2011. Il a maintenu que le taux d'invalidité de l'assurée se montait à 19,32% selon l'évaluation opérée dans ledit projet sur la base d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, tout en précisant que cette capacité avait toutefois été évaluée à 100% par les spécialistes de la Clinique Q.\_\_\_\_\_.

La caisse de compensation compétente a confirmé le 15 mai 2014 la suppression de la prestation concernée avec effet au 30 juin 2014, en exécution de la décision précitée.

**G.** L'assurée a déféré la décision du 5 mai 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 31 mai 2014, concluant à son annulation et à la réévaluation de son degré d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 40% au maximum dans toutes activités. Préalablement, elle a constaté ne pas avoir eu l'opportunité de prendre connaissance du complément établi par la Clinique Q.\_\_\_\_\_ le 10 décembre 2013. Sur le fond, elle a rappelé qu'une invalidité de 51% avait été déterminée suite à sa demande de prestations de 2003, estimant incohérent qu'en dépit de la dégradation constante de son état de santé, son invalidité fût réduite à 19,32% au terme de la procédure de révision. Mettant en exergue les céphalées et les douleurs de son membre inférieur droit, elle a considéré que les experts de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ n'avaient pas réellement tenu compte des conséquences de ces atteintes à la santé, suggérant de suivre les appréciations convergentes de ses médecins traitants, en particulier des Drs M.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, pour retenir une capacité résiduelle de travail maximale de 40%. Elle a dans ce contexte souligné que même l'OAI-VD s'était écarté des conclusions de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ en se basant sur une capacité de travail de 60% pour déterminer son degré d'invalidité. Au surplus, elle a contesté le revenu hypothétique sans invalidité pris en compte dans son cas, observant que son expérience professionnelle lui permettrait de prétendre au minimum à un salaire mensuel de 4'000 à

4'500 fr. en qualité d'employée agricole. Etaient produits au titre de justificatifs médicaux les rapports des Drs P.\_\_\_\_\_ du 12 mars 2014 et M.\_\_\_\_\_ du 28 mars 2014, précédemment adressés à l'OAI-VD.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 26 août 2014, en proposant le rejet. Il a remarqué que le rapport d'expertise de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ remplissait les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Sur le plan économique, le revenu sans invalidité fondant la comparaison des gains constituait un revenu représentatif du gain moyen d'un employé agricole, de sorte que le total de 39'840 fr. pouvait être maintenu.

Par réplique du 12 septembre 2014, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler et persister dans ses précédentes conclusions.

La juge instructrice a adressé aux parties un tirage de l'ACTT-agr, ainsi que l'information adressée en 2013 aux exploitants agricoles du canton de Vaud par le Service de l'emploi eu égard aux conditions d'occupation du personnel agricole, dans une correspondance du 29 septembre 2014. A l'attention de la recourante était jointe une copie du complément d'expertise de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2013, étant précisé que l'assurée avait le loisir de consulter l'intégralité de son dossier auprès du greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Les parties ne se sont plus manifestées à réception de cette correspondance, de sorte que la cause a été gardée à juger.

## **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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

**c)** In casu, le recours contre la décision de l'OAI-VD du 5 mai 2014 a été interjeté en temps utile le 31 mai 2014, dans le respect des

formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** Est litigieux en l'espèce le degré d'invalidité déterminé par l'intimé dans le cas de la recourante, soit 19,32% à l'issue de la procédure de révision entamée d'office en mars 2008.

Singulièrement, la recourante conteste la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée que l'OAI-VD a prise en considération dans son cas, se prévalant d'une dégradation constante de son état de santé global depuis la décision initiale d'octroi de rente du 15 mars 2005. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir retenu l'appréciation de ses médecins traitants, à son sens au profit de celle des experts de la Clinique Q.\_\_\_\_\_, dont le rapport ne pourrait être qualifié de probant. Ceux-ci n'auraient en effet pas évalué l'impact réel des céphalées et des douleurs affectant son membre inférieur droit. Sur le plan économique, l'assurée se prévaut de sa longue expérience dans l'agriculture pour considérer que son revenu hypothétique sans invalidité aurait été sous-estimé, alors qu'elle pourrait à son âge, sans atteinte à la santé, réaliser un salaire mensuel oscillant entre 4'000 fr. et 4'500 fr. dans une activité d'employée agricole.

Vu les arguments avancés par l'assurée, synthétisés ci-dessus, il s'impose donc de se prononcer tout d'abord sur l'aspect médical, puis économique du cas particulier, ce à la date de la décision litigieuse.

On ajoutera que le présent litige s'inscrit dans le contexte d'une procédure de révision d'office, ce qui implique d'examiner si un changement substantiel des circonstances factuelles est intervenu depuis la décision initiale d'octroi de rente du 15 mars 2005.

A titre préliminaire, il conviendra également de statuer sur les conséquences éventuelles de la violation du droit d'être entendu de l'assurée, celle-ci reprochant à l'OAI-VD de ne pas avoir lui avoir soumis l'intégralité de son dossier, soit en particulier le complément d'expertise

communiqué par la Clinique Q.\_\_\_\_\_ le  
10 décembre 2013.

Par ailleurs, il y aura lieu d'analyser précisément l'objet du litige, circonscrit par la décision du 5 mai 2014, laquelle a prononcé principalement la suppression de la demi-rente d'invalidité servie à la recourante.

**3. a)** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 I 265 consid. 3.2 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 132 V 368 consid. 3.1 et les références citées). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 132 V 387 consid. 3.1 ; 128 V 272 consid. 5b/bb ; 115 V 297, consid. 2a). Les intéressés doivent ainsi être informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit de consulter le dossier, en tant que condition à l'exercice du droit d'être entendu, est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond, sous la seule réserve des cas où la violation du droit d'être entendu n'est pas d'une gravité particulière et où la partie lésée a la

possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 I 68 consid. 2 ; 126 V 130 consid. 2b ; 106 la 73 consid. 2 et les références citées). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

**b)** In casu, il est incontesté que l'intimé n'a pas transmis à l'assurée le complément d'expertise du 10 décembre 2013 émanant de la Clinique Q.\_\_\_\_\_, suite aux interrogations de l'OAI du 23 novembre 2013, ce qui constitue à l'évidence une violation de son droit d'être entendue.

Cela étant, ainsi que la jurisprudence citée supra l'a souligné, une violation de cette nature est exceptionnellement susceptible d'être réparée pour autant que l'instance supérieure soit dotée d'un plein pouvoir d'examen. Tel est le cas de la Cour de céans dans la mesure où le recours régi par les art. 56 et suivants LPGA est un moyen de droit complet, permettant l'examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. sur cette question spécifique : TF [Tribunal fédéral] 9C\_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2).

La recourante a au demeurant eu l'opportunité de consulter l'intégralité de son dossier dans l'intervalle, la juge instructrice lui ayant au surplus transmis un tirage du document en question par pli du 29 septembre 2014. L'assurée n'a cependant donné aucune suite à cette correspondance.

Dès lors, force est de déduire que la violation du droit d'être entendue, réparée par devant la Cour de céans, ne revêt pas en l'espèce un degré de gravité justifiant le renvoi de la cause à l'intimé pour ce motif.

**4. 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

**b)** En l'occurrence, l'objet de la contestation est circonscrit par la décision du 5 mai 2014, laquelle a statué essentiellement sur le droit à la rente de la recourante.

Cela étant, cette décision prend également acte – certes brièvement – du terme des mesures professionnelles, singulièrement du refus de l'assurée de se conformer à son obligation de réduire le dommage en déclinant toute participation à une orientation professionnelle, telle que préconisée par le Service de réinsertion de l'OAI-

VD et proposée formellement par pli recommandé du 31 mars 2011. Il en découle dès lors a priori un refus de mesures professionnelles subséquentes compte tenu du comportement de la recourante.

Quant aux griefs de l'assurée, il peut être déduit de ses différentes écritures qu'elle a remis en question l'adéquation des mesures d'orientation professionnelle envisagées par l'OAI-VD, considérant qu'elles ne respectaient pas son état de santé et sa situation personnelle.

Quand bien même la décision querellée est pour le moins peu étayée sur la question des mesures professionnelles, l'assurée a été en mesure de saisir l'incidence de son refus de participer auxdites mesures sur la fixation de son degré d'invalidité et de réitérer ses arguments à cet égard auprès de la Cour de céans.

Dès lors, il se justifiera également dans le contexte du présent arrêt de se prononcer sur le refus de l'OAI-VD de projeter d'autres mesures d'orientation professionnelle.

**5.** Il s'agit à ce stade d'analyser la situation de la recourante à l'aune des principes régissant la procédure de révision et de statuer sur l'existence d'un motif de révision susceptible de fonder la suppression de rente décidée le 5 mai 2014.

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

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une

constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé ou à des facteurs économiques, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). En particulier, il y a lieu à révision en cas de modification sensible de l'état de santé, des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités) ou des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b ; TF 9C\_277/2013 du 28 août 2013 consid. 4.1).

Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**b)** L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins 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.

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

L'art. 88bis al. 2 RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date à laquelle elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

**6. 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).

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

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid.

3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

**7.** Est déterminante en l'espèce la période débutant dès le 15 mars 2005, soit à compter de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente AI, entrée en force à l'issue d'un examen matériel du droit aux prestations, jusqu'au 5 mai 2014, date de la décision entreprise.

**a)** Sur le plan médical, l'assurée a fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires, réalisées en 2004 par la Drs D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement en 2013 au sein de la Clinique Q.\_\_\_\_\_.

**aa)** Il n'est pas contesté que la recourante ne présente sous l'angle psychique aucune atteinte à la santé invalidante, le status s'avérant globalement superposable entre 2004 et 2013. Tant le Dr D.\_\_\_\_\_ que l'expert de la Clinique Q.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_, ont relevé l'absence d'incidence de l'état de santé psychique sur la capacité de travail. Quand bien même le Dr X.\_\_\_\_\_ a évoqué le diagnostic de « dysthymie », alors que le Dr D.\_\_\_\_\_ n'avait mentionné aucune pathologie du registre psychique, il n'en demeure pas moins que la faible intensité des fluctuations d'humeur de la recourante ne saurait engendrer quelque restriction à une insertion sur le marché du travail. L'assurée elle-même ne formule d'ailleurs aucun grief sur ce registre.

**ab)** Quant à l'état de santé somatique que celle-ci considère insuffisamment investigué et dont l'impact sur sa capacité de travail serait sous-évalué, il faut certes constater que de nouveaux diagnostics d'ordre rhumatologique ont été observés par les experts de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ en comparaison à ceux qu'avaient pris en compte en son temps la Dresse B.\_\_\_\_\_. En particulier, on peut relever les « gonalgies droites », la « tendinopathie d'Achille bilatérale » et les « cervicalgies non spécifiques » indiquées par les spécialistes de la Clinique Q.\_\_\_\_\_. Cela étant, ces problématiques n'induisent objectivement, aux dires d'experts, aucune restriction fonctionnelle supplémentaire. La recourante demeure capable d'exercer une activité lucrative exempte de ports de charges lourdes, de déplacements en terrain irrégulier, de mouvement en porte-à-faux du

rachis et permettant l'alternance des positions, soit essentiellement une activité sédentaire.

Quoi qu'en dise l'assurée, les céphalées dont elle s'est plainte dans le cadre de la procédure de révision entamée par l'OAI-VD étaient connues de l'administration à la date de la décision initiale du 15 mars 2005.

L'unique divergence importante entre la situation prévalant au moment de ladite décision et les circonstances actuelles réside en définitive dans l'appréciation médicale de la capacité de travail de l'assurée.

En dépit de la dégradation de l'état de santé dont la recourante se prévaut, il apparaît que les experts de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ l'ont estimée apte à déployer une activité adaptée à plein temps, alors que les Drs D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ avaient évalué sa capacité à 60% au maximum.

A cet égard, les précisions apportées par les experts de la Clinique Q. \_\_\_\_\_, à l'issue du complément du 10 décembre 2013, expliquent à satisfaction leur appréciation divergente de la capacité de travail de l'assurée sans remettre en question l'évaluation antérieure des Drs D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_.

A cela s'ajoute qu'à l'époque de la première expertise, la recourante suivait toujours un traitement intensif de physiothérapie, au terme duquel la Dresse B. \_\_\_\_\_ évaluait sa capacité de travail entre 60% et 65%. Il s'agit là d'un pronostic qui n'a en l'occurrence pas été vérifié par un examen clinique en temps utile. Par ailleurs, l'expertise de 2004 était bidisciplinaire (neurochirurgie et psychiatrie), alors que celle de 2013 était pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie), de surcroît fondée sur une observation de trois jours et non sur un seul examen ambulatoire. Ainsi, la divergence entre les deux expertises pourrait-elle s'expliquer par l'état de santé encore évolutif de la

recourante et du fait d'un examen clinique restreint à une seule spécialité somatique lors de l'expertise de 2004.

**ac)** Dans ce contexte, il convient de relever que malgré ces appréciations divergentes, les rapports d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ remplissent tous deux les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut sous considérant 6b, de sorte que l'on ne voit aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter.

Singulièrement, les différents spécialistes ayant examiné l'assurée ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de son état de santé objectif, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète des pièces médicales et avis spécialisés, tout en discutant l'ensemble des diagnostics retenus ou évoqués dans le cas de la recourante avant de communiquer leurs conclusions respectives. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées par chacun des experts.

Dès lors, à l'instar de l'intimé, il s'impose de considérer que la situation médicale de la recourante n'a - au degré de la vraisemblance prépondérante - que peu évolué depuis la décision initiale de rente du 15 mars 2005, l'importante symptomatologie douloureuse alléguée (céphalées et douleurs du membre inférieur droit) ne justifiant pas en soi une invalidité, faute de substrat organique mis en évidence à l'issue des expertises requises par l'administration.

Cette conclusion n'est pas susceptible d'être ébranlée par les avis communiqués par les médecins traitants de la recourante. Leur appréciation de sa situation, singulièrement de la capacité de travail, tient en effet compte des douleurs alléguées par leur patiente, soit d'éléments subjectifs, non corroborés par les observations cliniques des différents experts mandatés par l'intimé.

En retenant l'absence de changement significatif en termes de capacité de travail entre le 15 mars 2005 et la décision entreprise, l'OAI-VD a considéré de facto l'absence de motif de révision, au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente de l'assurée d'un point de vue strictement médical.

L'intimé aurait néanmoins été légitimé à se fonder sur les rapports d'expertise de la Clinique Q. \_\_\_\_\_ pour retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et constater ainsi une amélioration de l'état de santé de l'assurée motivant une révision sous l'angle médical. Cette question ne sera pas examinée plus avant dans la mesure où il existe en l'occurrence un autre motif de révision de par la modification de la situation professionnelle de la recourante.

**b)** En effet, sur le plan économique, l'assurée a annoncé une modification substantielle de sa situation professionnelle dès avril 2006, suite à la cessation de l'exploitation de son restaurant de montagne et sa collaboration au nouveau domaine agricole géré par son conjoint dans le canton de Vaud.

Ce changement est à l'évidence constitutif d'un motif de révision au sens entendu par l'art. 17 LPGA, dans la mesure où il implique in casu un changement de la méthode d'évaluation de l'invalidité de la recourante (cf. également la jurisprudence fédérale énoncée supra sur cette question sous considérant 5a).

Il est en effet rappelé qu'à l'occasion de la demande de prestations AI déposée le 19 décembre 2003, l'activité de restauratrice déployée par l'assurée avait fait l'objet d'une enquête économique, conduite par l'OAI-BE le 13 janvier 2005. A son terme, l'enquêteur de cet office avait opté pour la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, vu les incertitudes liées aux revenus avec et sans invalidité pour des raisons conjoncturelles (démarrage récent de l'exploitation). L'enquêteur avait par ailleurs pris en compte le contexte particulier de

l'activité de restauratrice, indissociable de la gestion du domaine agricole par son conjoint, dans le cadre d'un contrat de bail à ferme. Il n'avait dès lors pas envisagé l'exigibilité d'un changement d'activité.

La situation de la recourante est tout autre à partir d'avril 2006, soit dès son déménagement dans le canton de Vaud, où son époux exploite un autre domaine agricole et où l'assurée a cessé d'assumer la tenue d'un restaurant.

Une telle modification des circonstances implique incontestablement une réévaluation de l'invalidité, par le biais de la méthode ordinaire de comparaison des gains, les conclusions de l'enquête économique du 13 janvier 2005 ne se trouvant plus d'actualité.

**c)** En définitive, il s'ensuit que l'OAI-VD était légitimé à réexaminer au fond le droit aux prestations AI de l'assurée, ce sous l'angle de l'art. 17 LPGA, compte tenu de la modification du contexte professionnel de l'assurée, survenue postérieurement à la décision du 15 mars 2005.

**8.** Doivent à ce stade être discutées la question des mesures professionnelles entrant en ligne de compte en l'espèce et l'adéquation des mesures d'orientation professionnelle proposées par l'intimé.

**a)** Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI] ; FF 2005 4215, 4223 ch. 1.1.1.2).

L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de

laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 138 I 205 consid. 3.1 et la référence citée).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C\_540/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.2 et les arrêts cités ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2 et les arrêts cités).

On ajoutera, eu égard à l'obligation de diminuer le dommage, que l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer

notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle capacité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

**b)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, p. 82 ss et 123 ss).

**c)** En vertu de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de

l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (TFA I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a ; cf. Ulrich Meyer-Blaser, op. cit., p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (RCC 1988 p. 191 ; TF 9C\_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3).

**d)** Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de

reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissances. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a).

**e)** En l'espèce, force est de souligner préalablement qu'au vu des handicaps présentés par l'assurée dans l'exercice d'une activité du domaine agricole, un changement d'activité professionnelle s'avère susceptible de restaurer notablement sa capacité de gain.

L'enquêtrice de J. \_\_\_\_\_ Sàrl a en effet constaté que l'assurée n'est en mesure d'assurer qu'un temps de travail limité à 9% au sein de l'exploitation de son conjoint (cf. rapport d'enquête du 6 mai 2010), alors que d'un point de vue médical, elle serait susceptible d'exercer une activité lucrative au minimum à 60%, voire à 100% selon la récente expertise réalisée à la Clinique Q. \_\_\_\_\_.

Il ne fait dès lors pas de doute que la recourante ne met pas à profit sa meilleure capacité de travail et de gain en poursuivant ses activités dans le domaine agricole de son époux. Dès lors qu'elle a été par le passé occupée dans divers emplois ne requérant pas de qualification professionnelle et au vu de son âge encore fort éloigné de la retraite, il apparaît parfaitement exigible de la recourante qu'elle reprenne une

activité lucrative adaptée hors du domaine agricole, dans lequel un emploi paraît d'emblée peu en adéquation avec ses limitations fonctionnelles.

**f)** De ce fait, contrairement à ce que soutient l'assurée, les mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, proposées par l'OAI-VD au sein du Centre L. \_\_\_\_\_ et du Centre U. \_\_\_\_\_, étaient à même de définir précisément un secteur économique, voire un poste de travail respectant l'état de santé de la recourante.

En déclinant toute participation aux stages en question, l'assurée a clairement violé son obligation de diminuer le dommage, ce qui légitimait l'OAI-VD à refuser d'envisager des mesures professionnelles subséquentes après la mise en demeure expédiée le 31 mars 2011, conformément aux conditions posées par l'art. 21 al. 4 LPGA.

Au stade de la présente procédure, si l'assurée a derechef fait valoir l'inadéquation des mesures préconisées, elle a en particulier contesté la capacité de travail qui lui a été reconnue sur le plan médical. Aussi, il y a lieu de nier que de nouvelles mesures d'orientation professionnelle seraient subjectivement susceptibles d'atteindre leur but, faute de motivation de la recourante à entrer dans une démarche de réintégration sur le marché de l'emploi.

Concernant par ailleurs spécifiquement le droit à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, on peut de toute façon douter que les conditions objectives - telles que la simplicité et l'adéquation - et subjectives - en termes de motivation de l'assurée - liées à l'octroi d'une telle mesure seraient remplies in casu.

Il s'ensuit que le droit à des mesures professionnelles ne peut qu'être nié en l'état, au vu du comportement de l'assurée.

**9.** Reste à examiner l'évaluation de l'invalidité opérée par l'intimé que l'assurée conteste tout particulièrement au regard du revenu hypothétique sans invalidité déterminant pour ce calcul.

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

Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** A teneur de l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS.

Le revenu sans invalidité doit cela étant être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement à la date de la décision statuant sur les effets d'une modification de la situation de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; 128 V 174 consid. 4a).

Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner

dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser - au degré de la vraisemblance prépondérante - s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiées par l'OFS (TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

**ba)** In casu, l'OAI-VD a considéré que la recourante en bonne santé aurait vraisemblablement déployé une activité d'employée agricole à plein temps auprès de son conjoint, ainsi qu'elle l'a déclaré aussi bien à l'enquêteur de l'OAI-BE en janvier 2005 qu'à l'enquêtrice de J. \_\_\_\_\_ Sarl en mai 2010. Le statut d'active à 100% lui a donc été reconnu, ce qui rejoint d'ailleurs les observations consignées au terme de l'enquête ménagère du 2 septembre 2009, au vu des impératifs financiers de sa famille et de son propre parcours professionnel. Cette conclusion ne prête pas flanc à la critique dans la mesure où elle correspond également aux intérêts personnels de l'assurée qui a démontré par le passé avoir participé activement à la gestion des domaines agricoles exploités par son époux.

L'OAI-VD a en conséquence déterminé le revenu hypothétique sans invalidité en se fondant sur le salaire minimum cantonal fixé par l'ACTT-agr, actualisé à l'année 2011 selon les indications du Service de l'emploi. C'est ainsi un revenu déterminant de 3'320 fr. par mois, soit 39'840 fr. par année, qui a été pris en compte pour procéder à la comparaison des gains.

A l'année déterminante où la décision querellée a été rendue, soit 2014, le même montant devrait d'ailleurs être pris en compte étant donné qu'il n'a fait l'objet d'aucune adaptation, selon l'information communiquée aux exploitants agricoles du canton de Vaud par le Service de l'emploi le 10 décembre 2013.

On ajoutera qu'il n'y a pas lieu de se rallier à l'argument de la recourante selon lequel elle aurait été en mesure de réaliser un revenu mensuel de 4'000 fr., voire 4'500 fr., compte tenu de son âge et de son expérience du domaine agricole. Il apparaît en effet que l'assurée n'est dotée d'aucune formation spécifique dans ce secteur et qu'elle n'assumerait - au degré de la vraisemblance prépondérante - aucune responsabilité d'exploitation, laquelle repose pour l'essentiel sur son époux. Il est bien davantage plausible, selon ses propres allégués à l'enquêtrice de J. \_\_\_\_\_ Sàrl qu'elle se chargerait de tâches spécifiques, typiquement dévolues à un employé agricole sans qualification préalable requise, telle que la traite des vaches, la conduite du tracteur ou les foins (cf. également à cet égard les déclarations de l'assurée consignées dans le rapport d'enquête ménagère du 3 septembre 2009).

En outre, on observera à titre indicatif que l'examen des comptes individuels AVS de la recourante révèle que celle-ci, même sans atteinte à la santé, n'a jamais réalisé un revenu supérieur à 30'000 fr. par année. De même, le montant de 39'840 fr. se trouve proche du revenu sans invalidité retenu précédemment pour l'activité indépendante dans un restaurant de montagne, fixé à 38'412 (cf. rapport d'enquête sur l'activité indépendante de l'OAI-BE du 4 février 2005).

Ces éléments rendent d'autant moins plausible la réalisation de gains mensuels se montant ou excédant 4'000 fr. par mois, telle que soutenue par l'assurée dans son acte de recours du 31 mai 2014.

Partant, le revenu sans invalidité de 39'840 fr. mis en évidence par l'OAI-VD peut être confirmé.

**bb)** Par surabondance, il convient de remarquer que si le revenu hypothétique sans invalidité devait être déterminé sur la base de l'ESS, il serait envisageable de recourir aux statistiques salariales de l'année 2008, lesquelles contiennent des données relatives au domaine agricole. La ligne 01 du TA1, afférente à l'horticulture, comprend la culture et la production animale, soit la culture de fruits et légumes, ainsi que l'élevage de petits animaux, et prévoit un revenu mensuel de 2'711 fr. réalisable par une femme dans une activité de niveau 4 sans qualification particulière. 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 2014 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, valable pour les années 1990 à 2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération), ce revenu devrait être majoré à 2'826 francs.

Après annualisation et actualisation à l'année 2014 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1939-2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération), le revenu sans invalidité fondé sur l'ESS serait porté à 36'276 francs.

Ce montant, s'avérant au demeurant défavorable à la recourante, peut être écarté au profit du revenu ressortant de l'ACTT-agr pour la comparaison des gains, selon les considérations exposées supra sous considérant 9b/ba.

**c)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en

compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, voire sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé, ce uniquement dans l'hypothèse de l'usage des ESS. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours

s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalide qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009).

Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

**ca)** En l'occurrence, les ESS 2012 indiquent un salaire de référence de 4'112 fr. par mois, réalisable par une femme sans formation professionnelle dans toutes activités des secteurs de la production et des services (ESS 2012, TA1, montant total, niveau de qualification 1). 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 2014 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, valable pour les années 1990 à 2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération), le revenu mensuel précité doit être porté à 4'287 fr.

La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 60% au minimum dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, le salaire pouvant être dégagé s'élève annuellement à 31'369 fr. après actualisation à l'année 2014 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / Evolution des salaires nominaux, des prix

à la consommation et des salaires réels 1939-2014, disponible sur [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) sous rubrique 03-Travail et rémunération).

**cb)** Par ailleurs, à l'instar de l'OAI-VD, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques en l'espèce. Ainsi que l'a relevé l'intimé, l'assurée est encore jeune, de nationalité suisse et susceptible d'adaptation, ce qu'atteste son parcours professionnel au cours duquel elle a été en mesure d'occuper divers emplois non qualifiés, y compris à temps partiel. Elle a de même été parfaitement capable de faire face aux aléas engendrés par ses problèmes de santé, en modulant ses activités au sein du domaine agricole de son conjoint dans les limites de ses restrictions fonctionnelles.

On ajoutera singulièrement eu égard à ces restrictions, qu'elles ne justifient pas à elles seules un abattement sur le salaire statistique, étant précisé qu'elles sont largement prises en compte dans l'estimation d'une capacité de travail partielle de 60% dans une activité adaptée. Cette conclusion s'impose d'autant plus au vu des conclusions des experts de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ en lien avec la capacité de travail, lesquels ont considéré une activité à plein temps accessible à la recourante en dépit de son état de santé.

Dès lors, le revenu déterminant d'invalidité peut être arrêté à 31'369 fr. en l'absence de toute réduction supplémentaire des salaires statistiques.

**d)** Après comparaison du revenu d'invalidité de 31'369 fr. au revenu sans invalidité de 39'840 fr. valable en 2014, le taux d'invalidité de l'assurée se monte à 21,3%, ( $(39'840 - 31'369) \times 100 / 39'840$ ), arrondi à 21% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui exclut à l'évidence le droit à des prestations AI sous forme de rente.

Si le revenu sans invalidité pris en compte avait été fixé sur la base de l'ESS, le taux d'invalidité de la recourante s'en trouverait diminué

à 13,5% ( $[36'276 - 31'369] \times 100 / 36'276$ ), permettant derechef de nier son droit à une rente d'invalidité.

**e)** Vu les considérants qui précèdent, il y a lieu de conclure que l'intimé était fondé à prononcer la suppression de la demi-rente d'invalidité précédemment allouée à la recourante, sur la base de l'art. 88bis al. 2 RAI, selon les termes de sa décision du 5 mai 2014.

**9.** Il s'ensuit que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**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 francs.

**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 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 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 :

- C. \_\_\_\_\_, 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 :