

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Moyard et M. Bonard, juges assesseurs
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Claude Mathey,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise entrée en Suisse en 1995, F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, mariée, sans formation professionnelle, a d'abord travaillé comme dame de buffet, puis en tant qu'aide soignante dans divers établissements médico-sociaux jusqu'au 4 mars 2002. Elle a dû interrompre son activité, du fait de troubles de la santé.

Le 31 octobre 2002, l'assurée a rempli une demande de prestations de l'assurance- invalidité (AI) en vue d'obtenir un reclassement professionnel.

Dans un rapport adressé le 15 novembre 2002 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr A.Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, en oncologie médicale et en hématologie, a diagnostiqué avec répercussions sur la capacité de travail une incongruence de l'articulation coxofémorale droite et une suspicion de maladie de Perthes, l'incapacité de travail étant totale depuis le 11 mars 2002 pour une durée indéterminée et l'activité exercée jusqu'ici plus exigible. Une autre activité, sédentaire, pouvait être exigée de l'intéressée, avec une diminution du rendement oscillant entre 25 et 50%.

Dans son rapport du 26 août 2003, la Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie rattachée au Centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI), a relevé que l'assurée, en incapacité de travail depuis le 11 mars 2002 du fait de coxalgies droites apparues environ trois ans auparavant, présentait une maladie de Perthes. Les douleurs avaient progressé, nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires, la physiothérapie active étant de plus en plus mal supportée et la gêne fonctionnelle de plus en plus importante. S'y ajoutaient depuis quelques mois des lombalgies et des douleurs de l'épaule gauche, sans que ces deux problèmes aient été

prouvés médicalement. Lors du préexamen de l'assurée en vue de l'entrée en stage d'observation, il avait été constaté une importante limitation de la rotation interne de la hanche droite, par ailleurs douloureuse, avec restriction des mouvements d'adduction et d'abduction. La masse musculaire fessière droite était aussi très sensible. L'examen du rachis dorsolombaire ne montrait pas de contractures franches; il existait seulement une certaine raideur de mise en route lors de la flexion antérieure du tronc. Au niveau de l'épaule, aucune limitation articulaire n'avait été objectivée, le test dynamique et la manoeuvre de Neer étant négatifs. L'assurée était une personne de très petite stature (41 kg pour une taille anamnétique de 151 cm), avec une musculature extrêmement peu développée, paraissant très asthénique, pâle, mais pas particulièrement algique. Elle avait toutefois présenté des réactions disproportionnées, se traduisant par un effondrement soudain sur le bureau, alors qu'elle était assise depuis peu de temps, verbalisant tout d'un coup des douleurs absolument insupportables. Cette attitude excessive avait été abandonnée tout aussi rapidement. L'assurée avait été revue le 11 août 2003 et avait paru dans un état psychologique altéré, avec en quelque sorte un ralentissement global, pourtant interrompu par moments par un discours extrêmement vif et énergique, manifestant son incapacité de faire ce stage. Le lendemain, elle se présentait sur le lieu de travail, dans l'impossibilité de prendre son poste, demandant à pouvoir rentrer chez elle. Après une semaine d'incapacité de travail médicalement prescrite, elle s'était présentée le 19 août 2003 dans le même état que précédemment, ne voulant pas poursuivre le stage. De l'avis du médecin traitant contacté par téléphone, la problématique était plutôt d'ordre psychologique, voire psychiatrique.

Suivant l'avis du 7 mai 2004 de la Dresse N._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'OAI a mandaté en qualité d'expert le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en collaboration avec le psychologue FSP [...]. Selon leur rapport du 21 février 2005, les diagnostics posés étaient les suivants :

"(...)

Axe I : Trouble dépressif, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère (F32.2)
Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée (F 45.4)

Axe II : Trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9), Traits de personnalité abandonnique,
Traits de personnalité psychosomatique

Axe III : Maladie de Perthès

Axe IV : Départ de la soeur, relations affectives instables, perte d'emploi, désœuvrement

Axe V : Evaluation globale du fonctionnement EGF à 55 actuellement"

Sous le chapitre "Discussion" de son rapport, le Dr Z. _____ a fait les observations suivantes :

"(...) L'évaluation sur l'échelle de Hamilton indique un score de 15 points, révélateur d'un état dépressif majeur d'intensité légère. Le BDI, quant à lui, révèle un score de 38 points, indiquant la présence, d'un point de vue subjectif, d'un état dépressif majeur d'intensité sévère. La détresse psychique subjective est ainsi en net décalage avec l'observation clinique et révèle une souffrance subjective importante.

Nous constatons un état dépressif majeur, d'intensité légère, à la limite de l'état dépressif mineur. Nous n'avons pas la notion d'antécédents thymiques antérieurs à 2001. L'assurée évoque une légère amélioration par rapport à son état après le départ de sa soeur et l'annonce de sa maladie. Nous retenons donc le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle légère, à la limite du mineur.

Les plaintes concernant des migraines, une sensation de fatigue et de lourdeur, ainsi que des douleurs très importantes, probablement disproportionnées par rapport au substrat organique, justifient le diagnostic de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale.

Sur le plan de la personnalité, nous notons des traits abandonniques manifestés par la forte sensibilité au départ de la soeur et par l'instabilité des relations affectives passées. Des traits psychosomatiques sont également retenus, compte tenu de l'importance attribuée par l'assurée à ses limitations somatiques et de son déni d'une pathologie psychiatrique. L'importance et la rigidité de ces éléments justifient le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié.

Les limitations fonctionnelles découlent d'une part du tableau algique, auquel s'associent des migraines fréquentes, une sensation

de lourdeur, de la fatigue et de la somnolence diurne, et, d'autre part de la fragilité thymique avec pleurs, dévalorisation et sentiment d'inutilité, tristesse, idéations noires, troubles du sommeil, aboulie et anhédonie, troubles de la concentration et de la mémoire, irritabilité, inquiétude, auxquels s'ajoutent quelques symptômes neurovégétatifs. Les traits de personnalité rigide de l'expertisée constituent également une limitation pour une prise en charge psychologique ou des mesures professionnelles.

Le développement de la personnalité est marqué par le décès de la mère et le fort attachement à la soeur aînée, représentant une mère substitutive. Cette situation contribue au développement de traits abandonniques, de même que la préférence du père pour la soeur cadette. L'assurée a grandi par ailleurs au sein d'une famille nombreuse d'un milieu rural marquée par la précarité financière, milieu socioculturel favorisant le développement de traits psychosomatiques.

Malgré une difficulté à s'engager dans une relation affective stable du fait des traits abandonniques, il n'existe pas de décompensation avant l'été 2001 environ. C'est à cette période que la soeur aînée de l'intéressée regagne le Portugal, peu après le départ d'un autre frère. Cette perte réactive probablement le deuil peu élaboré de la mère. Parallèlement, une maladie de Perthès se déclare, interrompant la pratique sportive très appréciée de l'expertisée. Depuis lors, l'intéressée présente un état dépressif mal reconnu, dominé par des plaintes algiques. Le licenciement d'un emploi avec des personnes âgées très investi à la perte de repères globale dont souffre l'expertisée. Elle semble depuis lors dans une impasse affective, souffrant d'isolement sans parvenir à s'engager dans une relation amoureuse, amicale ou thérapeutique. Les rivalités avec la soeur cadette empêchent de trouver en elle un réel soutien affectif. Nous constatons au cours de l'entretien une grande peine à s'engager dans une relation, en lien avec l'impasse affective et le fonctionnement abandonnique de l'expertisée.

Le pronostic pour le regain d'une capacité de travail demeure réservé, compte tenu du déni de la pathologie psychiatrique, de l'impossibilité de s'engager dans une prise en charge psychothérapeutique et de la difficulté de mettre en place un traitement antidépresseur, déjà constatée par le passé et liée aux réticences de l'expertisée et aux effets secondaires évoqués. L'échec du stage professionnel, la relation amoureuse ambiguë et le manque apparent de repères affectifs en Suisse constituent d'autres éléments de pronostics négatifs. Sont plus positives la résorption partielle de l'atteinte thymique et la bonne relation avec le médecin traitant.
(...)"

Le Dr Z. _____ a ainsi estimé qu'une incapacité de travail de 70% pouvait être admise depuis le 4 mars 2002. Malgré sa motivation théorique pour la reprise d'un emploi, l'assurée était probablement incapable d'actualiser une capacité de travail, du fait de son manque d'introspection, de ses défenses psychosomatiques et de la rigidité de ses

traits de personnalité en l'absence d'aide médicale ou psychothérapeutique. L'échec du stage professionnel ne découlait pas d'un manque de motivation, mais du tableau dépressif avec aboulie, anhédonie, fatigue et repli sur soi. Il était toutefois possible d'espérer une amélioration avec la mise en place des mesures thérapeutiques proposées, permettant à l'intéressée de récupérer une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Un stage au COPAI à 50% était envisageable dès le printemps de l'année 2005, pour évaluer la capacité de travail réelle de l'intéressée. Cette perspective et le regain d'une capacité de travail supérieure restaient cependant incertains et subordonnés à la possibilité de mettre en place un traitement antidépresseur. Le Dr Z._____ a formulé des propositions thérapeutiques, en relevant qu'il serait utile d'administrer un traitement antidépresseur de type FSRI, associé à de l'Amitryptiline le soir, à raison de 25 - 50 mg par jour, une augmentation progressive de la posologie et une surveillance, quant à l'état gastrique, étant indiquées. Le traitement pouvait être administré par le médecin traitant et un contrôle des taux plasmatiques était souhaitable. Une amélioration de l'hygiène du sommeil était indiquée dans la mesure du possible. L'expertisée était ouverte à la prise de l'antidépresseur qui pouvait être considérée comme exigible. L'assurée semblait inaccessible à toute approche psychothérapeutique, compte tenu de ses défenses psychosomatiques et rigides. Une prise en charge de ce type paraissait donc inexigible. Dans ce contexte, il serait souhaitable, dans la mesure du possible, que la relation thérapeutique investie avec le médecin traitant soit intensifiée.

Le 25 avril 2005, le Dr P._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, se prononçant sur les constatations de l'expertise du Dr Z._____, a notamment relevé que la motivation de l'incapacité de travail de 70% retenue par l'expert était basée sur des troubles non invalidants (dépression légère, trouble de la personnalité non spécifié) et ne pouvait être prise en considération au sens de l'AI. Le Dr P._____ suspectait toutefois une pathologie sous-jacente (par exemple psychose infantile) et estimait dès lors qu'il convenait de mettre en oeuvre un examen psychologique.

Dans un rapport du 22 juin 2005 à l'OAI, la psychologue psychothérapeute FSP W._____ a observé que l'assurée, bien que ne paraissant pas très bien saisir les raisons de cette nouvelle évaluation psychologique, répondait volontiers aux questions posées par l'examineur. Elle évoquait son problème de santé de manière assez factuelle et concrète, sans toutefois le dramatiser, focalisant son discours sur ses douleurs, leurs répercussions sur son psychisme (forte irritabilité) et abordant les différentes manières trouvées pour les atténuer. Il ressortait des propos de l'intéressée qu'elle comptait essentiellement sur elle-même pour trouver des remèdes à ses douleurs (coussin chauffant, bains chauds, rythme de vie très tranquille), ayant renoncé aux propositions de prise en charge médicamenteuse ou physiothérapeutique, souvent vécues comme induisant des effets secondaires mal tolérés (augmentation de la douleur à la suite de mobilisations, problèmes gastro-intestinaux consécutifs à la prise d'anti-inflammatoires, etc.). L'intéressée avait beaucoup de peine à broser un tableau clair et exhaustif des répercussions induites par son problème de santé sur sa vie affective et sociale qui apparaissait dans l'ensemble assez solitaire. Elle présentait une thymie fluctuante, essayant dans un premier temps de donner le change en se montrant souriante et enjouée. Par la suite, elle était apparue d'une grande fragilité, surtout lorsqu'elle avait évoqué son angoisse d'une péjoration de son état de santé. Aux tests projectifs, le discours s'est avéré pauvre, truffé de contenus concrets. L'assurée ne comprenait pas bien la consigne et avait demandé à plusieurs reprises des précisions sur le but de ces tests, sur ce qu'ils permettaient de mettre en évidence. Face à une situation dont le sens lui échappait, l'intéressée était devenue légèrement méfiante, ce qui n'était pas le cas lors de l'entretien, et apparaissait même par moments confuse et perplexe. D'autres troubles de la pensée se manifestaient encore sous forme de perceptions morcelées et d'une difficulté majeure au TAT (réd. : technique d'acupressure de Tapas) à lier différentes perceptions entre elles. L'intéressée n'était pas à même de construire des récits cohérents et élaborés, à attribuer des identités précises aux personnages perçus sur les images, à imaginer quel lien pourrait les unir et dans quelles situations ils

pourraient évoluer. Au niveau relationnel, l'assurée se mouvait dans un monde où autrui apparaissait peu présent affectivement, ce qui permettait d'évoquer l'hypothèse de carences primaires dans l'établissement du lien à l'objet. On ne trouvait pas de contenu, de dépendances, de recherche de liens anaclitiques ou de craintes d'abandon, bien au contraire. La tendance était davantage à l'autarcie, au repli sur soi, voire à une certaine forme d'apragmatisme sur fond d'angoisse d'anéantissement. Ainsi, l'intéressée apparaissait très sensible à l'aspect sombre et noir des planches qu'elle associait, de manière parfois personnelle, à des thèmes de tristesse et de mort. Au TAT, elle avait décrit à quelques reprises des personnes fatiguées, endormies, voire mortes. Une fois de plus, les états n'étaient reliés à aucune situation précise permettant de leur conférer un sens. Les personnages de ses histoires n'avaient que rarement la possibilité de réagir activement et adéquatement aux événements, les subissant surtout, comme s'il s'agissait d'une fatalité inexorable. A d'autres moments, pour tenter de donner sens à la réalité environnante, mais surtout aux intentions des personnes qui l'entouraient, l'assurée avait recouru à des mouvements interprétatifs, se raccrochant à des détails qu'elle décodait de manière personnelle et projective (tel détail signifie que la personne est fâchée, telle position qu'elle est triste). Le rapprochement n'était pas spécialement recherché; il était même par moments franchement évité, car pouvant être vécu comme une menace d'ingérence dans sa sphère privée. Emergeaient d'ailleurs de-ci de-là quelques notes persécutrices sporadiques. Enfin, les défenses présentées par l'assurée s'avéraient peu organisées et précaires, relevant essentiellement de l'ordre du caractère, sous forme de recherche de contrôle sur la réalité et de mise à l'écart parfois rigide de ce qui lui paraissait menaçant. En conclusion, pour la psychologue, il s'agissait d'une jeune femme plus démunie qu'on ne le penserait au premier abord, présentant des capacités d'élaboration psychique limitées, associées à des troubles de la pensée et de la représentation (pauvreté associative à mettre en lien avec des difficultés de liaison de la pensée, troubles de la conscience interprétative et accompagnés de mouvements projectifs), qui luttait contre des angoisses de morcellement et d'anéantissement par des défenses rigides de l'ordre du caractère, mais aussi par des mouvements

de retrait, de désinvestissement du monde environnant, voire de repli sur soi de type autistique. Ce tableau parlait en faveur d'un fonctionnement de personnalité psychotique, toutefois peu fondé en raison de la pauvreté des capacités de liaison de la pensée et de la prévalence des mouvements de désinvestissement.

Le 26 septembre 2005, le Dr P. _____ du SMR a estimé la capacité de travail de l'assurée nulle dans l'ancienne activité et de 50% dans une activité adaptée. Du point de vue somatique, les limitations fonctionnelles consistaient dans le port de charges limité à 10 kg et les déplacements répétitifs. Sur le plan psychique, devaient être considérés comme limitations fonctionnelles la fragilité thymique, le trouble de la concentration et l'irritabilité.

Le 16 août 2006, l'OAI a établi un projet de décision allouant à l'assurée, à partir du 1^{er} mars 2003, un quart de rente d'invalidité. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'aide-soignante, mais de 50% dans une activité adaptée. Compte tenu d'un revenu hypothétique d'invalidité calculé sur la base de l'ESS (réd. : enquête suisse sur les salaires) 2002, indexé en 2003 (année d'ouverture du droit à la rente) à hauteur de 24'228 fr. 62 pour un taux de 50%, et d'un revenu sans invalidité de 43'638 fr., il a fixé le préjudice économique à 19'409 fr. 38, correspondant à un degré d'invalidité de 44%.

L'assurée - désormais assistée de l'avocat Jean-Claude Mathey - a formulé le 14 septembre 2006 des observations sur ce projet de décision, estimant avoir droit à une rente entière, produisant un rapport établi le 13 septembre 2006 par le Dr C. _____, médecin praticien et chef de clinique au département de l'appareil locomoteur [...], selon lequel elle présentait une maladie de Perthès à la hanche droite, décompensant d'un côté la région dorsolombaire et de l'autre le genou droit. Pour ce médecin, la capacité de travail dans l'activité d'aide soignante était nulle de manière définitive. Dans une activité adaptée permettant des changements posturaux et évitant une inclinaison du buste, ainsi que le port de charges au-delà de 5 kg, une capacité de travail de 50% pouvait

être demandée. Toutefois, un tel emploi devrait exiger peu de déplacements (ne dépassant pas les 10 minutes), ainsi que la non utilisation dans le plan incliné. A titre d'exemple, le Dr C._____ a relevé qu'une activité de type secrétariat pourrait être exigée.

Par décision du 8 décembre 2006, l'OAI a confirmé sa position, accordant à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} mars 2003.

B. Statuant sur un recours de l'assurée contre cette décision par jugement du 9 juillet 2007 (cause AI 23/07 - 165/2007), le Tribunal des assurances (ci-après : le TASS; devenu la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a admis le recours et réformé la décision de l'OAI du 8 décembre 2006 en ce sens que l'assurée avait droit à une demi-rente de l'AI à compter du 1^{er} mars 2003, considérant notamment ce qui suit :

"(...) **6.** En l'espèce, F._____ a cessé d'exercer toute activité lucrative depuis le mois de mars 2002, du fait de troubles de la santé. A l'issue du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1^{er} let. b LAI), soit à partir du 1^{er} mars 2003, l'OAI lui a alloué un quart de rente, évaluant son taux d'invalidité à 48%. La recourante estime être invalide au moins à 50%, ce qui devrait lui ouvrir le droit à une demi-rente de l'AI, voire à une rente entière.

Il convient par conséquent d'apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante sur les plans somatique et psychique.

a) D'un point de vue somatique, il est établi que la recourante présente la maladie de Perthès à la hanche droite.

Selon le rapport établi le 13 septembre 2006 par le Dr C._____, l'assurée devrait être en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée. de type secrétariat par exemple, permettant des changements posturaux, évitant une inclinaison du buste ainsi que le port de charges de plus de 5 kg et exigeant peu de déplacements. Celle appréciation, à laquelle l'autorité de céans confère pleine valeur probante, est claire et bien motivée, de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'en écarter. Elle est d'ailleurs confirmée par le Dr P._____ du SMR. C'est le lieu de préciser que, parmi les activités adaptées, dont fait état le Dr C._____, il faut exclure celles qui mettraient trop fortement à contribution les connaissances linguistiques de la recourante, étant donné que, dans ce secteur, elle présente d'importantes lacunes.

L'évaluation du Dr A.Q._____ n'est pas de nature à remettre en cause celle du Dr C._____, dès lors que le premier de ces praticiens se limite à affirmer que la capacité résiduelle de travail de l'assurée ne dépasse pas 30%, sans fournir la moindre justification. Au demeurant, pour apprécier les répercussions de la

maladie de Perthès sur la capacité de travail de l'assurée, on accordera plus de poids à l'avis émis par un spécialiste en orthopédie qu'à celui émanant d'un onco-hématologue.

b) aa) Sur le plan psychique le Dr Z. _____ a mis en évidence un trouble dépressif, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité légère, un trouble douloureux, un trouble de la personnalité non spécifié, des traits d'une personnalité abandonnique et psychosomatique. Il évalue à 30% la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, relevant que la mise en place de mesures thérapeutiques lui permettrait de récupérer une capacité de travail de 50%. La psychologue W. _____ observe un fonctionnement de personnalité psychotique, sans se prononcer sur la capacité de travail. Quant au Dr P. _____, il ne se détermine pas formellement sur l'ampleur de l'incapacité de travail résultant des seuls troubles psychiques, mais constate que doivent être considérés comme limitations fonctionnelles la fragilité thymique, le trouble de la concentration et l'irritabilité.

bb) Quelles que puissent être les divergences qui opposent ces différents praticiens, force est de constater que le trouble somatoforme dont est affectée la recourante ne présente pas un caractère invalidant au regard de la jurisprudence.

En effet, l'existence d'une comorbidité psychiatrique, importante par sa gravité, son acuité et sa durée, doit être niée. Certes, le Dr Z. _____ a retenu la présence d'un trouble dépressif, lequel se trouve en rémission partielle d'ailleurs. Or, selon la doctrine médicale (voir notamment Dilling/Mombour/ Schmidt [ed.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] 4^{ème} édition, p. 191, cité in ATFA, 1^{er} mai 2005, cons. 5.1, I 706/04) sur laquelle se fonde le TF, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 cons. 3.3.1). Quant aux traits de la personnalité, ils ne présentent pas en l'espèce un caractère de gravité tel qu'ils devraient être assimilés à de véritables atteintes à la santé psychique ayant valeur de maladie.

Reste à examiner la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet de reconnaître le caractère invalidant du trouble somatoforme. Si le Dr Z. _____ et la psychologue W. _____ s'accordent pour constater que l'assurée subit une perte d'intégration sociale dans différentes manifestations de la vie et qu'est présent un processus maladif sans rémission durable, il n'y a pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. En effet, le Dr Z. _____ a constaté qu'une thérapie de soutien, ainsi qu'un traitement antidépresseur, pourraient être bénéfiques.

cc) Au vu de ce qui précède, il apparaît que le trouble somatoforme ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en oeuvre d'une certaine capacité de travail par la recourante ne puisse plus être raisonnablement exigée de sa part.

c) En définitive, la capacité de travail de F. _____ doit être estimée à 50% dans une activité adaptée.

7. Il convient encore de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assurée était susceptible de réaliser en 2003, année de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222), afin de déterminer son taux d'invalidité.

a) On entend par revenu sans invalidité celui que la personne assurée réaliserait vraisemblablement, eu égard à l'ensemble des circonstances, si elle n'était pas devenue invalide. Dans le cas particulier, il s'agit du dernier salaire perçu par la recourante avant la survenance de son atteinte à la santé. Selon les renseignements fournis par l'ancien employeur de la recourante, celle-ci recevait, en 2002, un revenu mensuel de 3'533 fr. 80, soit 45'939 fr. 40 par année, treizième salaire compris. Indexé pour l'année 2003, ce gain s'élève à 46'582 fr. 55 (45'939 fr. 40 + 1,4% x 45'939 fr. 40).

b) S'agissant du revenu d'invalidé, en l'absence d'un gain effectivement réalisé, il convient de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent de l'ESS.

En l'espèce, compte tenu de l'activité adaptée que pourrait exercer la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé. En 2002, ce gain s'élevait à 3'820 fr. par mois, part du treizième salaire comprise (ESS 2002, p. 12, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2002, tableau B 10.4, p. 90), ce montant doit être porté à 3'982 fr. 35, ce qui correspond à un gain annuel de 47'788 fr. 20. Après adaptation de ce revenu à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1,4%), le gain annuel se monte à 48'457 fr. 20. Dès lors que seule une activité exercée au taux de 50% peut être exigée de l'assurée, le gain hypothétique d'invalidé se monte à 24'228 fr. 60.

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

Pour sa part, l'OAI estime que les empêchements rencontrés par la recourante dans l'exercice de toute activité lucrative ont déjà été retenus dans l'estimation de sa capacité de travail résiduelle, ce qui justifie qu'il ne soit procédé à aucun nouvel abattement au sens où l'entend la jurisprudence. L'autorité de céans, quant à elle, est d'avis que si ce point de vue peut être

confirmé, s'agissant des problèmes rencontrés par l'intéressée sur le plan somatique, il n'en est pas de même du point de vue psychiatrique. En effet, comme l'a reconnu le Dr P. _____ du SMR, il existe dans ce secteur des limitations résultant de la fragilité thymique, du trouble de la concentration et de l'irritabilité. En conséquence, une réduction de 10% doit être opérée sur le gain d'invalidité précité, de sorte que le revenu d'invalidité auquel aurait pu prétendre l'intéressée en 2003 se serait élevé à 21'805 fr. 75.

c) La comparaison des revenus avec et sans invalidité entraîne un préjudice économique de 24'776 fr. 80, correspondant à un degré d'invalidité de 53%. Le droit à une demi-rente, conformément à l'article 28 alinéa 1^{er} LAI, dans sa teneur valable tant avant qu'après le 31 décembre 2003, est ouvert.
(...)"

A la suite du jugement précité, l'OAI a rendu une nouvelle décision le 28 février 2008, reconnaissant à l'assurée le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} mars 2003, fondée sur un degré d'invalidité de 53%.

C. Dans le cadre d'une révision d'office du droit à la rente initiée en novembre 2011, l'assurée a fait savoir le 5 décembre 2011 à l'OAI que son état de santé était toujours le même et qu'elle ne travaillait pas. Elle était toujours suivie par les Drs C. _____ et A.Q. _____. Sur la formule de détermination du statut, elle a précisé que sans atteinte à la santé, elle oeuvrerait à plein temps comme aide soignante.

Dans un rapport à l'OAI du 5 janvier 2012, le Dr C. _____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une coxarthrose droite, des séquelles de maladie de Perthès et des cervico-scapulgies chroniques, le dernier contrôle datant du 16 juin 2010.

Pour sa part, le Dr A.Q. _____, dans son rapport à l'OAI du 23 janvier 2012, a renvoyé à son précédent rapport s'agissant des diagnostics, faisant pour le surplus état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée. Il a notamment joint à ses écrits un rapport du 25 février 2009 des Drs K. _____, V. _____ et M. _____, tous trois spécialiste en chirurgie au [...], selon lequel l'assurée avait été opérée d'une appendicite aiguë le 5 février 2009 par laparoscopie, sans complication. Etait également joint

un rapport transmis le 26 mars 2009 par le Dr C._____ au Dr A.Q._____, selon lequel l'évolution post-opératoire était tout à fait favorable. Selon un autre rapport annexé du Dr C._____ du 3 novembre 2009, la patiente présentait en sus de la coxarthrose débutante de la hanche des cervico-scapulalgies chroniques, avec recrudescence des douleurs depuis quelque temps, tant au niveau du genou que de la hanche. Au niveau cervical, les rotations étaient limitées à 60G avec une contracture de la musculature paravertébrale et des trapèzes. La flexion était à 160° et l'abduction à 130°. Au niveau des hanches, il y avait une baisse des rotations internes et externes à droites. Les genoux montraient une flexion/extension à 140/0/0 ddc avec une petite douleur du compartiment interne.

Le Dr R._____, médecin praticien auprès du SMR, a relevé dans un avis du 7 février 2012 que des cervico-scapulalgies chroniques s'étaient ajoutées depuis les conclusions de 2005, sans que cela ne modifie l'exigibilité dans une activité adaptée selon le médecin traitant. Le Dr R._____ a ainsi relevé qu'il fallait ajouter les limitations fonctionnelles d'usage concernant les épaules.

Par communication du 9 février 2012, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé et qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 53%).

D. **a)** Le 5 mars 2013, l'assurée a sollicité l'aide de l'OAI dans ses recherches d'emploi. Un premier entretien de placement a eu lieu le 15 avril 2013, l'assurée ayant alors signé la charte de collaboration au placement. Le 22 janvier 2014, elle a toutefois écrit à l'OAI, à la suite d'un entretien du même jour, qu'elle ne se sentait actuellement pas apte à reprendre une activité professionnelle à 50% en raison de son état de santé et renonçait dès lors à l'aide au placement.

b) Le 23 juillet 2013, le Dr A.Q._____ s'est adressé à l'OAI pour lui faire savoir que selon le rapport du Dr C._____ du 3 novembre 2009, des cervico-scapulalgies chroniques gauches s'étaient ajoutées, si

bien que la patiente ne pouvait plus soulever de charges dépassant 5 kilos. De l'avis du Dr A.Q._____, ces éléments indiquaient une péjoration de l'état de santé de sa patiente justifiant une augmentation du taux de la rente Al. Le Dr A.Q._____ a joint à son envoi un rapport du même jour du Dr B.Q._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et fils du Dr A.Q._____), selon lequel un traitement de physiothérapie avait été instauré chez la patiente, qui avait été informée qu'une arthroplastie totale de la hanche droite serait nécessaire suivant l'évolution des symptômes correspondants. Le Dr B.Q._____ l'avait renvoyée au Dr C._____ pour la prise en charge au niveau cervical. Le 23 juillet 2013 également, ce dernier avait fait savoir au Dr A.Q._____ que les cervico-scapulalgies étaient bilatérales et gênantes, si bien qu'il proposait un anti-inflammatoire, les diagnostics retenus étant ceux de coxarthrose droite dans le contexte de séquelles de maladie de Perthes, de cervico-scapulgies bilatérales et de lombalgies chroniques.

Par communication du 29 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée de ce qui suit :

"(...) Nous accusons réception d'un certificat médical du 23 juillet 2013 du Dr A.Q._____ confirmant que vous présentez des cervico-scapulalgies chroniques gauches qui justifient l'augmentation de votre rente.

Par communication du 9 février 2012, nous avons maintenu le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 53%. Lors de l'instruction de la révision, votre dossier a été examiné par le Service Médical Régional, et à ce moment-là, nous étions déjà informés de l'atteinte à la santé expliquée plus haut. Toutefois, celle-ci ne vous empêche pas de travailler à raison de 50% dans un emploi adapté.
(...)"

Le 7 août 2013, le Dr A.Q._____ a adressé à l'OAI un rapport d'IRM cervicale établi le 5 août 2013 par le Dr [...] (spécialiste en radiologie), selon lequel l'assurée présentait une attitude scoliothique sinistro-convexe avec perte de la lordose et angulation cyphotique du segment C3-C5, ainsi qu'une cervico-discarthrose segmentaire et débutante en C4-C5 sans signe de compression radiculaire ni sténose

foraminale significative. Les vertèbres étaient sans lésion, les dimensions canales dans la norme et le cordon médullaire non comprimé.

Par lettre du 23 janvier 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle à 50% en raison de son état actuel de santé, se référant au rapport de son médecin traitant selon lequel son état de santé s'était péjoré "avec port de charges de maximum 5 kg". Elle a en outre contesté la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, même respectant ses limitations fonctionnelles.

Le 24 janvier 2014, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il s'était prononcé le 29 juillet 2013 sur les éléments mentionnés par le Dr A.Q._____. Si elle désirait que son courrier du 23 janvier 2014 soit considéré comme une demande de révision de sa demi-rente, elle devait rendre plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité, un délai de trente jours lui étant imparti pour produire un rapport médical détaillé, étant précisé qu'il incombait à l'assuré et non à l'OAI de rendre plausible la demande de révision. L'assurée a été informée qu'à défaut de réaction dans ce délai, son dossier serait clôturé.

Par télécopie du 28 janvier 2014, le Dr A.Q._____ a transmis à l'OAI le rapport d'IRM précité du 5 août 2013. Dans un rapport du 4 février 2014, il a en outre indiqué que les diagnostics étaient ceux de maladie de Perthes de la hanche droite, de cervicalgies sur attitude scoliotique sinistro-convexe avec perte de lordose et angulation cyphotique du segment C3-C5, de dorso-lombalgies chroniques dans le contexte de dysfonctions articulaires pluriétagées et de déconditionnement musculaire. La patiente souffrait depuis plusieurs mois de panrachialgies, son nouveau degré de capacité de travail étant de 25-30% dans une activité adaptée avec un pronostic réservé.

Le SMR s'est prononcé le 7 mai 2014 par le Dr X._____, qui a estimé que les éléments médicaux présentés à l'appui d'une péjoration n'étaient pas suffisamment étayés, de sorte qu'une expertise orthopédique était nécessaire.

L'assurée a été informée le 23 mai 2014 qu'une expertise orthopédique serait confiée au Dr D._____ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), un délai de dix jours lui étant imparti pour faire parvenir les questions complémentaires qu'elle souhaitait lui voir posées.

Le 27 août 2014, la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a fait parvenir au Dr A.Q._____ un rapport dans lequel elle a posé le diagnostic d'insuffisance aortique modérée à importante voire importante sur probable bicuspidie aortique. Cette praticienne a relevé que l'assurée ressentait, lors d'efforts soutenus, une dyspnée pouvant être favorisée par l'insuffisance aortique et a proposé de remplacer le traitement de Procoloran par un traitement de Bilol 2.5 mg 1x/jour.

Le Dr D._____ a rendu son rapport d'expertise le 28 août 2014. Après avoir listé les pièces médicales et radiologiques au dossier, il a établi l'anamnèse de l'assurée et ses plaintes. Il a ensuite résumé l'examen des hanches, des genoux et du rachis, puis posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de coxarthrose droite sur probable maladie de Perthes, diagnostiquée en 2002. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu une surcharge mécanique des deux articulations sacro-iliaques. L'expert a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

"(...) De l'anamnèse du cas

L'assurée présente en raison d'une probable maladie de Legg-Perthes-Calvé une coxarthrose droite. L'évolution, lente, n'a pas justifié l'implantation d'une prothèse de hanche jusqu'au jour de l'expertise. Au 28.11.07, est octroyé 53% d'invalidité dès le 04.03.03. Des cervico-scapulalgies gauches apparaissent en 2009. Les cervico-scapulalgies deviennent bilatérales en 2013 associées à des lombalgies. Les panrachialgies, dans un contexte de déconditionnement musculaire, apparaissent en 2014. Le médecin de famille insiste sur la fatigue, le déconditionnement, les douleurs lombaires basses et de la hanche droite avec une capacité de travail estimée à 30 % dans une activité adaptée.

De la situation actuelle

Les plaintes algiques de l'assurée sont modestes, en l'absence de traitement antalgique fixe avec recours au Célécoxibe en réserve. Au jour de l'expertise, le tableau clinique se simplifie, se résumant à des douleurs du bas du tronc et rarement du genou droit, météo-dépendantes. On relève que, spontanément, des douleurs de hanche droite ne sont pas exprimées.

L'examen clinique est rassurant. Les secteurs de mobilité de la hanche droite sont remarquablement conservés. Les douleurs ne sont déclenchées qu'en fin de course des mobilisations. L'indice algo-fonctionnel de Lequesne donne un résultat moyen, coté à 7. La boiterie de Duchenne a disparu pour laisser la place à une boiterie d'esquive sans anomalie nette du moyen fessier à l'examen monopodal. L'examen radiographique de 2013 de la hanche droite ne montre pas de signes d'aggravation de la coxarthrose. L'assurée ne recourt à un anti-inflammatoire non stéroïdien qu'en cas de crise algique. L'évolution de cette lésion semble donc se faire de façon très lente. On retient donc la coxarthrose droite comme diagnostic invalidant, de façon à ne pas aggraver les lésions en raison d'un emploi inadapté.

Les secteurs de mobilité du rachis sont dans les limites de la norme, tant segmentaires que globaux. Il n'existe pas de déficit neurologique en rapport avec le rachis. L'examen radiographique du rachis lombaire montre des images dans la limite de la norme. Les douleurs annoncées comme étant des lombalgies sont en fait des douleurs de surcharge mécanique des deux articulations sacro-iliaques, avec une prédominance droite. Il s'agit d'un problème fréquent dans le cas des anomalies coxales unilatérales, surtout associées à une projection antérieure du rachis. Une infiltration radioguidée doit résoudre rapidement ce problème qui n'est pas considéré comme invalidant. Néanmoins, tant que la pathologie coxale ne sera pas résolue, le risque de récurrence est présent. Dans ce cas, instruite de sa pathologie, l'assurée peut bénéficier de médecine physique, évitant le recours aux injections.

Il s'agit de considérer à part le rachis cervical dont d'ailleurs l'assurée ne se plaint pas ce jour. L'examen neuro-orthopédique en est dans les limites de la norme, en particulier pour les amplitudes articulaires et l'absence de syndrome radiculaire, même irritatif. L'examen d'imagerie par résonance magnétique du rachis cervical à disposition n'est pas lisible. Le médecin radiologue retient une cervicarthrose débutante en C4/C5 sans compression radiculaire. Des anomalies, en particulier rotatoires, sont décrites mais ne sont pas ici retenues car il s'agit d'une imagerie réalisée en décubitus et non en charge. Les scapulalgies ne sont pas décrites par l'assurée. En fait, il s'agissait des douleurs classiques des sujets à boiterie de Duchenne avec signe de Trendelenburg des épaules. La répétition des mouvements asymétriques à la marche entraînent ce type de douleurs cervicales avec des irradiations vers les deux épaules. Or l'insuffisance du moyen fessier n'est pas retrouvée ce jour, avec une disparition de la boiterie des épaules. Il ne s'agit pas d'une affection invalidante. L'entretien de la musculature fessière et rachidienne doit faire diminuer cette symptomatologie.

Néanmoins, il est à relever un enkystement de l'assurée sur son rachis cervical, « je sais bien que j'ai quelque chose de grave même si je n'ai pas mal ». De la même façon l'assurée est très déçue du

récent refus de place de caissière après qu'elle ait annoncé à l'employeur potentiel « ses graves lésions cervicales en C4 ». On s'étonne d'ailleurs d'une recherche, récente, de place de caissière chez une assurée qui a renoncé aux mesures d'aide au placement proposées par l'office. Elle semble de même très angoissée par sa maladie cardiaque.

Enumération des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail

On retient comme diagnostics entraînant des limitations fonctionnelles celui de coxarthrose droite sur séquelles probables de maladie de Legg-Perthès-Calvé.

Justification : Il convient de ne pas aggraver la coxarthrose par une profession inadaptée.

Du pronostic

Le pronostic de la coxarthrose est réservé de principe. Néanmoins, on relève, comme facteurs favorables la prise intermittente d'antalgique, un faible score de Lequesne et une évolution radiologique lente.

B. Influences sur la capacité de travail

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

- au plan physique

L'activité doit être de type sédentaire non strict. La marche prolongée à visée professionnelle ou le gravisement régulier des escaliers ou le travail sur des terrains pentus ou glissant est interdit. Le travail à genoux ou en position accroupie est à proscrire. Ne pas soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg. Ne pas effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (machine à commande à pied). Ne pas travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers).

- Au plan psychique et mental

Je ne suis pas compétent pour répondre à cette question. On se reportera au dossier de psychiatrie.

- Au plan social

Les pathologies retenues n'entraînent pas de limitations au plan social.

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

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

La dernière activité est celle d'aide-infirmière non diplômée. (L'assurée ne travaille plus depuis le 04.03.01).

Cette activité n'est plus exigible.

Justification : Celle activité ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues. De plus, en cas de crise algique aiguë au cours de manipulation de patient, un risque de blessure de ce dernier existe.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle de travail est celle qui respecte les limitations fonctionnelles énumérées au point B1.

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

La dernière activité est celle d'aide-infirmière non diplômée. (L'assurée ne travaille plus depuis le 04.03.01).

Non, cette activité n'est plus exigible.

Justification : Celle activité ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues. De plus, en cas de crise algique aiguë au cours de manipulation de patient, un risque de blessure de ce dernier existe.

2.4 Y'a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

La question devient sans objet.

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

1^{er} CAS : Non-respect des limitations fonctionnelles énumérées supra : il existe une incapacité de travail de 20 % au moins justifiée médicalement depuis l'année 2003 jusqu'au jour de l'expertise.

2^{ème} CAS : Respect des limitations fonctionnelles énumérées supra : il n'existe pas d'incapacité de travail de 20 % au moins justifiée médicalement jusqu'au jour de l'expertise.

Remarque : M. le médecin traitant retient, initialement, une incapacité de travail dans une profession adaptée de 25 à 30 %, qu'il augmente ensuite à 65/70%. La coxarthrose droite, dans son état actuel, ne justifie pas une telle restriction horaire dans le strict respect des limitations fonctionnelles énoncées, chez une assurée ne s'en plaignant pas spontanément, ne prenant que de façon intermittente un anti-inflammatoire non stéroïdien, à indice de Lequesne de 7. Je ne retiens pas le diagnostic de lombalgies, à imagerie et examen normal du rachis lombaire, mais une surcharge des articulations sacro-iliaques accessibles au traitement. Je ne retrouve pas de dysfonction polyarticulaire pluriétagée rachidienne ni de déconditionnement musculaire. La notion de fatigue, ou du syndrome de fatigue chronique sort du cadre de cette expertise.

Remarque : La décision du Tribunal ne tenait pas compte du seul appareil locomoteur.

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

Voir la question ci-dessus.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

Oui, des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

Elles sont envisageables depuis le 31.12.02, date d'effet du licenciement.

On tiendra néanmoins compte du fait que l'assurée a déjà renoncé aux mesures de placement de l'office ne s'estimant pas capable de travailler à un taux de 50 %.

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

Non, il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée au poste occupé jusqu'à présent. En effet le poste d'aide-infirmière ne respecte pas les limitations fonctionnelles retenues. Il n'est donc plus exigible.

(...)

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Oui, d'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée.

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

Le sol du lieu de travail doit être plan et régulier et ne pas nécessiter de gravissement fréquent d'escaliers ni de travail en hauteur.

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

L'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée à raison de 42,5 heures hebdomadaires.

3.3 Y'a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, dans le cadre défini supra, une diminution de rendement n'est pas attendue.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

L'exercice d'une activité adaptée est exigible depuis le 31.12.02, date d'effet du licenciement.

3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

La question devient sans objet.

(...)"

Le SMR a pris position par un avis médical établi le 15 septembre 2014 par la Dresse T._____, qui a relevé que la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée était maintenue malgré la capacité de travail entière sur le plan orthopédique, dans la mesure où elle était justifiée par des limitations psychiatriques. Au plan cardiaque, elle a estimé que la dyspnée favorisée à l'effort selon la cardiologue n'avait pas d'impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%, les limitations fonctionnelles retenues n'autorisant pas une activité demandant un effort physique soutenu. Quant à une éventuelle intervention pour remplacement de la valve aortique, elle occasionnerait un arrêt de travail de durée limitée dans le temps sans impact sur la capacité de travail à long terme.

Par projet de décision du 3 octobre 2014 confirmé par décision du 14 novembre 2014, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, estimant, sur la base des pièces médicales au dossier, que sa capacité de travail était maintenue à 50%.

E. Par acte du 15 décembre 2014, F._____, à nouveau représentée par l'avocat Jean-Claude Mathey, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle fait valoir que son état de santé s'est péjoré en 2013, et qu'elle présente depuis lors de

nouvelles atteintes, respectivement une aggravation des atteintes existantes (cervico-scapologies chroniques, attitude sciolotique selon rapport [...], cervico-discarthrose et perte de lordose [rapport d'IRM du 5 août 2013]; genou droit douloureux avec syndrome fémoro-patellaire, calcification du foie [2013]; coeur (insuffisance aortique sur un probable bicuspide aortique, dyspnée, ischémie myocardique, au test d'effort, ergométrice incomplète à 75%). Selon elle, c'est à tort que l'intimé n'a pas pris en compte le diagnostic posé par le Dr G._____ (spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale) dans son rapport du 12 novembre 2014. Elle estime en outre présenter des atteintes non seulement au niveau psychologique, mais également somatique, et déplore que l'intimé n'ait pas fait déterminer les limitations consécutives à ses problèmes psychiatriques. Elle explique en outre que, compte tenu de sa polypathologie, rechercher une activité adaptée tient de la gageure, d'autant qu'elle n'écrit pas le français, relevant que l'activité de secrétaire mentionnée par le Dr C._____ dans son avis du 13 septembre 2006 n'est pas adaptée. Avec son recours, elle produit le rapport précité du Dr G._____ du 12 novembre 2014, selon lequel elle présente une coxarthrose secondaire de la hanche droite sur maladie de Perthes, un syndrome lombo-spondylogène chronique avec dysfonction de l'articulation sacro-iliaque droite, trigger points dans le muscle moyen-fessier droit et un syndrome cervico-vertébral sur dysfonctions cervico-/dorso vertébrales dysbalance musculaire. Selon le Dr G._____, la patiente souffre d'un syndrome pan-vertébral avec accent sur le rachis lombaire et la colonne cervicale, sans syndrome cervico-radiculaire ou lombo-radiculaire irritatif ou déficitaire. L'IRM de la colonne cervicale était rassurante au niveau lombaire, avec nette diminution de la mobilité du rachis, dysfonction de l'articulation sacro-iliaque et des trigger points dans la fesse droite. Pour ce praticien, le problème lombaire est directement lié à la problématique de la hanche, avec en plus une importante dysbalance musculaire. Le Dr G._____ a dit suspecter fortement chez l'intéressée une psychopathologie entraînant/aggravant les douleurs chroniques, raison pour laquelle il a proposé un avis psychiatrique pour le dossier.

Répondant le 9 février 2015, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Dans sa réplique du 20 février 2015, la recourante a fait valoir qu'il n'existait pas d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'autant qu'elle n'avait aucune formation et n'écrivait pas le français, estimant sa capacité de travail purement théorique, son dossier étant selon elle incomplet et une nouvelle instruction au plan psychiatrique devant intervenir.

Par duplique du 12 mars 2015, l'intimé a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue le 14 novembre 2014 et a été notifiée au plus tôt le 15 novembre 2014, de sorte que le recours – qui remplit les conditions légales de forme –, déposé trente jours après cette date le 15 décembre 2014, est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, 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 131 V 164 125V 413 consid. 2c; 110V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un degré supérieur à une demi-rente.

3. a) Aux termes de l'art 8 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 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (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) et, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité; l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; 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. 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical émanant d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201) a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1; TF 9C_60012010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois; s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et réf. cit.).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible

par l'assuré est réellement intervenue (ATF 130 V 71 consid. 3; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1).

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; ATF 125 V 368 consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible 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 130V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b; ATF 112 V 390 consid. 1b; TF 9 C_76512009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). 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 (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/ Zurich/Bâle 2011, n. 3065 p. 833).

4. En l'espèce, la demande initiale de prestations de la recourante a fait l'objet d'une instruction complète, qui a conduit à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2003, conformément

au jugement du TAss du 9 juillet 2007. Ce taux d'invalidité a été confirmé dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente initiée en novembre 2011.

La demande de révision déposée au mois de juillet 2013 par l'assurée, respectivement par son médecin traitant, le Dr A.Q._____, reposait essentiellement sur le fait qu'au mois de novembre 2009, le Dr C._____ avait indiqué que des cervico-scapulgies chroniques gauches s'étaient ajoutées, justifiant que les limitations fonctionnelles de la recourante soient revues en ce sens qu'elle ne pouvait désormais plus soulever de charges dépassant 5 kilos. Or cet élément avait déjà été pris en compte dans le cadre de la procédure de révision initiée au mois de novembre 2011, comme l'a relevé à juste titre l'intimé dans son courrier à la recourante du 29 juillet 2013.

Invitée par l'intimé à rendre plausible la péjoration de son état de santé qu'elle alléguait, la recourante lui a réadressé le rapport d'IRM du Dr [...] 5 août 2013, déjà communiqué le 7 août 2013. Selon ce rapport, elle présentait une attitude scoliotique sinistro-convexe avec perte de la lordose et angulation cyphotique du segment C3-C5, ainsi qu'une cervico-discarthrose segmentaire et débutante en C4-C5, toutefois sans signe de compression radiculaire ni sténose foraminale significative, le Dr [...] estimant par ailleurs les vertèbres sans lésion, les dimensions canalaires dans la norme et le cordon médullaire non comprimé. Le Dr A.Q._____ a repris dans son rapport du 4 février 2014 le diagnostic déjà connu de maladie de Perthes de la hanche droite, ajoutant ceux de cervicalgies sur attitude scoliotique sinistro-convexe avec perte de lordose et angulation cyphotique du segment C3-C5, de dorso-lombalgies chroniques dans le contexte de dysfonctions articulaires pluriétagées et de déconditionnement musculaire. Il a estimé la capacité de travail de la patiente, qui souffrait depuis plusieurs mois de panrachialgies, à 25-30%. C'est sur la base de ces seules pièces que l'intimé a repris l'instruction du cas de la recourante. Or les atteintes mises en évidence sur le plan cervical sont mineures et, comme l'ont relevé les juges du TAss dans leur jugement du 9 juillet 2007, "l'évaluation du Dr A.Q._____ n'est pas de

nature à remettre en cause celle du Dr C._____, dès lors que le premier de ces praticiens se limite à affirmer que la capacité résiduelle de travail de l'assurée ne dépasse pas 30%, sans fournir la moindre justification" (cf. consid. 6 let. a). L'intimé a toutefois jugé opportun de reprendre l'examen du cas de la recourante. On peut s'étonner de cette appréciation et du fait qu'une expertise orthopédique ait été jugée nécessaire, alors que selon le Dr X._____, du SMR (cf. avis du 7 mai 2014), des éléments médicaux "insuffisamment motivés" auraient plutôt dû conduire au rejet de la demande d'augmentation de rente. Quoi qu'il en soit, on déterminera dès lors sur la base de toutes les pièces produites si les nouveaux diagnostics posés influent d'une quelconque manière sur la capacité de travail de la recourante, et partant sur son degré d'invalidité.

L'assurée a fait l'objet d'une expertise médicale, confiée au Dr D._____. Dans son rapport du 28 août 2014 faisant suite à un examen de l'intéressée ainsi qu'à l'étude des pièces médicales au dossier et des documents d'imagerie, l'expert a posé comme seul diagnostic avec effet sur la capacité de travail une coxarthrose droite sur probable maladie de Perthes, existant depuis 2002. Ce diagnostic n'est pas contesté, de même qu'il est admis que la recourante ne peut plus exercer, en raison de cette atteinte, son activité habituelle d'aide-soignante. Il ne s'agit dès lors pas ici d'un élément nouveau susceptible de conduire à admettre une incapacité supplémentaire de travail, d'autant que le Dr D._____ a fait état d'un examen clinique rassurant, avec des secteurs de mobilité de la hanche droite remarquablement conservés et des plaintes algiques modestes. Les examens d'imagerie de l'année 2013 ne mettent en outre pas en évidence de signes d'aggravation de la coxarthrose, l'assurée ne recourant à un anti-inflammatoire non stéroïdien qu'en cas de crise algique. Le Dr D._____ a précisé retenir le diagnostic de coxarthrose comme invalidant de façon à ne pas aggraver les lésions en raison d'un emploi inadapté.

S'agissant du rachis, l'expert a constaté que les secteurs de mobilité étaient dans les limites de la norme, sans déficit neurologique. L'examen radiographique du rachis lombaire montre des images dans les

limites de la norme. De l'avis de l'expert, les douleurs annoncées comme étant des lombalgies sont en réalité des douleurs de surcharge mécanique des deux articulations sacro-iliaque, avec prédominance à droite, problème fréquent dans le cas des anomalies coxales unilatérales. Selon le Dr D._____, une infiltration radioguidée devrait résoudre rapidement ce problème, qui n'est pas considéré comme invalidant. L'examen neuro-orthopédique s'est lui aussi révélé dans les limites de la norme, en particulier pour les amplitudes articulaires et l'absence de syndrome radiculaire, même irritatif. L'expert a ainsi estimé que dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles (activité de type sédentaire non strict, sans marche prolongée à visée professionnelle ou gravissement régulier des escaliers ou travail sur des terrains pentus ou glissant, ni travail à genoux ou en position accroupie, l'assurée ne devant pas soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg ni effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs [à commande à pied] ni travailler dans une position instable [échelles, escaliers]), il n'existait pas d'incapacité de travail d'au moins 20% justifiée médicalement. Il a exposé à cet égard ne pas partager l'appréciation du médecin traitant, qui estimait la capacité de travail entre 25 et 30%, dans la mesure où la coxarthrose droite, dans son état actuel, ne justifiait pas une telle restriction horaire, chez une assurée ne s'en plaignant pas spontanément et ne prenant que de façon intermittente un anti-inflammatoire non stéroïdien, à indice de Lequesne de 7. Il ne retenait pas non plus le diagnostic de lombalgies vu l'imagerie et l'examen normal du rachis lombaire, mais une surcharge des articulations sacro-iliaques accessibles au traitement. Il ne retrouvait en outre pas de dysfonction polyarticulaire pluriétagée rachidienne ni de déconditionnement musculaire.

Le rapport d'expertise du Dr D._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de se voir accorder pleine valeur probante : ce spécialiste a en effet étudié l'entier des pièces à disposition, examiné la recourante, pris en considération ses plaintes et posé son anamnèse; il a donné une appréciation claire de la situation médicale, en étayant ses conclusions. Sur cette base, on retiendra dès lors que

l'assurée n'a pas subi de péjoration de sa situation somatique. A cet égard, s'agissant de la dyspnée à l'effort mise en évidence par la cardiologue B._____, on retiendra, avec la Dresse T._____ du SMR qui n'est pas contredite, qu'elle n'a pas d'impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%, les limitations fonctionnelles émises n'autorisant au demeurant pas une activité demandant un effort physique soutenu. S'agissant en dernier lieu du rapport du Dr G._____ du 12 novembre 2014, que la recourante a produit en cours de procédure seulement, de sorte qu'on peine à comprendre son reproche à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte dans la décision litigieuse précédemment rendue, on notera que ce médecin rejoint le Dr D._____ et les médecins — unanimes — s'agissant du diagnostic de coxarthrose de la hanche droite sur maladie de Perthès. Le Dr D._____ a en outre lui aussi retenu une surcharge des articulations sacro-iliaques, en observant toutefois que celle-ci est accessible au traitement. Il n'a par ailleurs pas retrouvé d'insuffisance du moyen fessier, au niveau duquel le Dr G._____ se contente de faire état de "trigger points". Quoi qu'il en soit, le Dr G._____ a estimé l'IRM de la colonne cervicale rassurante, rejoignant en cela l'appréciation du Dr D._____. Le rapport du Dr G._____ n'est dès lors pas propre à remettre en cause les conclusions de l'expert.

La recourante se plaint ensuite du fait que l'OAI n'a pas mis en oeuvre une expertise psychiatrique. Or aucun élément ne vient étayer le besoin d'une telle expertise, respectivement le fait qu'une péjoration serait intervenue à ce niveau, sinon la seule affirmation du Dr G._____ selon laquelle la psychopathologie de la patiente entraîne/aggrave les douleurs chroniques. Or il a été tenu compte du volet psychiatrique dans l'appréciation globale du cas de la recourante. La Dresse T._____ du SMR a ainsi estimé que la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée était maintenue malgré la capacité de travail entière au plan orthopédique, dans la mesure où elle était justifiée par des limitations psychiatriques. Cette solution s'avère au demeurant très favorable à la recourante, en l'absence de toute pièce de nature à attester d'une prise en charge psychiatrique et d'un suivi à ce niveau.

On relèvera en dernier lieu que compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général — et le marché du travail équilibré en particulier —, il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Il a en outre déjà été tenu compte du fait que la recourante présentait des connaissances linguistiques lacunaires, le jugement du TASS du 9 juillet 2007 relevant à cet égard que "parmi les activités adaptées, dont fait état le Dr C. _____, il faut exclure celles qui mettraient trop fortement à contribution les connaissances linguistiques de la recourante, étant donné que, dans ce secteur, elle présente d'importantes lacunes" (consid. 6 let. a). L'absence de formation de la recourante et le fait qu'elle n'écrive pas le français ne font au demeurant pas obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle simple et répétitive.

Il résulte de ce qui précède que les éléments avancés par la recourante à l'appui de sa demande d'augmentation de rente ne permettent pas de fonder une aggravation de son état, qui est resté pour l'essentiel identique au fil des années.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à la révision de la décision d'octroi de prestations.

5. a) Il s'ensuit que le droit à une demi-rente doit être maintenu et qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction en mettant en oeuvre une expertise psychiatrique, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 130 II 425 consid. 2.1; TF 8C_36112009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et réf. cit.). Le recours se révèle ainsi mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) 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 entraîne des frais judiciaires; leur montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 novembre 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Claude Mathey (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :