

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mmes Röthenbacher et Berberat, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante espagnole née le [...] 1955, couturière de formation, ayant œuvré en dernier lieu comme aide-soignante à 90 % jusqu'en 2007, a déposé le 27 juin 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression et signalant également des problèmes de dos. Dans ce contexte, elle a ultérieurement confirmé que, bien portante, elle aurait travaillé à temps plein (formulaire 531bis du 24 juillet 2008).

Aux termes d'un rapport du 17 juillet 2008, la Dre N._____, médecin généraliste traitante, a signalé un diagnostic incapacitant sous forme d'état anxio-dépressif majeur réactionnel, oppression psychologique exercée dans le cadre professionnel, burn-out et épuisement psychologique. A titre d'atteintes sans impact sur la capacité de travail, la Dre N._____ a notamment mentionné une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH ou HIV) stade B3, une ostéoporose fracturaire et une probable bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur tabagisme actif. Pour cette praticienne, l'incapacité de travail était totale depuis le 23 janvier 2007.

Du dossier transmis par l'assureur perte de gain en cas de maladie [...], il est ressorti qu'une expertise menée par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait mis en évidence un épisode dépressif sans précision (F32.9) en rémission (rapport d'expertise du 22 mai 2008), avec une capacité de travail complète à la date de l'examen (complément d'expertise du 18 juin 2008).

Aux termes d'un rapport non daté, indexé le 7 août 2008 par l'OAI, la Dre H._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'ostéoporose fracturaire (vertèbres L1-L2-L3), de troubles

statiques et dégénératifs du rachis et de dépression sévère anamnestique. Elle a indiqué que moyennant la diminution des rachialgies, une reprise du travail à 50 % pourrait intervenir sous quelques mois dans un travail sédentaire autorisant les changements de position et restreignant le port de charges ou d'efforts en rotation du tronc. En annexe figurait notamment un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dorso-lombaire du 13 mars 2008 concluant, au niveau dorsal, à des hémangiomes vertébraux en D5-D6 et à des discopathies modérées étagées D7-D8 et D10-12 et, au niveau lombaire, à des tassements ostéoporotiques en L1-L2-L3, à une discopathie avec arthrose apophysaire postérieure en L4-L5 et à des altérations dégénératives en L5-S1.

A teneur d'un rapport du 15 octobre 2008, les Drs K. _____ et D. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont conclu à l'inexigibilité de l'activité habituelle et, depuis octobre 2008, à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sans port de charges supérieures à 5kg, sans efforts en rotation du tronc et avec alternance des positions debout et assise. Cette appréciation était notamment motivée comme suit :

"Cette assurée de 53 ans a une formation de couturière faite en Espagne ; elle travaillait comme aide-soignante dans [un] EMS. Elle est connue pour une séropositivité HIV depuis une vingtaine d'année et est bien stabilisée sous trithérapie. A la suite de changements au sein de sa hiérarchie en 2006, elle ressent une insatisfaction croissante au travail, s'estimant victime de mobbing ; elle finit par craquer et se trouve en IT depuis janvier 2007. Elle est prise en charge par son médecin traitant la Dresse N. _____ avec traitement par antidépresseur et psychothérapie de soutien. L'évolution est très lentement favorable ; une expertise psychiatrique du Dr J. _____ pour la perte de gain en janvier 2008 conclut à un épisode dépressif sévère en rémission depuis décembre 2007.

La situation est cependant compliquée par des tassements vertébraux de L1-L2 et L3 dans le cadre d'une ostéoporose fracturaire sévère mise en évidence début 2008 et traitée depuis mai 2008 par diphosphonates ; la Dresse H. _____, rhumatologue, estime dans son rapport du 07.08.2008 que l'activité d'aide-soignante n'est plus adaptée, mais que dans une activité légère adaptée, la CT pourrait être de 50% « dans quelques mois » (nous retenons octobre 2008)."

Par décision du 24 juin 2009, confirmant un projet du 29 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2008, compte tenu d'un taux d'invalidité de 57 %. Ce taux reposait sur un revenu sans invalidité de 60'422 fr. résultant des décomptes au dossier et sur un revenu avec invalidité de 26'069 fr. 77 issu des données statistiques sans abattement (pour le motif suivant « *LF ont été retenues dans l'appréciation de la CT* » [fiche de calcul du salaire exigible du 22 octobre 2008]).

B. Suite à l'ouverture d'une procédure de révision d'office en novembre 2009, l'assurée a indiqué, dans un questionnaire rempli le 17 décembre 2009, que son état de santé était toujours le même et que, en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 %.

Par rapport du 15 février 2010, les Drs B._____, E._____ et I._____, respectivement médecin associé, chef de clinique adjoint et médecin assistante au Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier M._____), ont posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques dans un contexte d'ostéoporose fracturaire (tassement lombaire) depuis janvier 2008, d'infection VIH avec effets secondaires médicamenteux (fatigue, ballonnements, nausées) depuis 2008 et de trouble anxieux depuis 2007. Ils ont précisé que la capacité de travail était nulle et que les limitations fonctionnelles avaient trait aux dorsolombalgies chroniques, nécessitant de fréquents changements de position et faisant obstacle au port de charges.

Dans un rapport du 23 février 2010, la Dre N._____ a signalé un trouble de l'adaptation avec épisodes dépressifs prolongés (F41.21).

Se prononçant par avis du 30 août 2010, la Dre O._____, du SMR, a retenu que l'état de santé de l'assurée demeurait stationnaire, avec une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'examen dudit service du 15 octobre 2008.

Par communication du 16 septembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuerait à toucher la même rente que jusqu'alors.

C. Aux termes d'une communication du 6 décembre 2010, l'intéressée s'est vu octroyer une aide au placement. Dans ce contexte, un stage d'orientation professionnelle a été mis en œuvre auprès de la Fondation G._____, initialement prévu pour la période du 28 février au 25 mars 2011. Ce stage a néanmoins été interrompu après quatre heures de travail, au motif d'un blocage au niveau des cervicales (rapport de stage du 4 mars 2011).

D. A teneur d'une correspondance du 6 juin 2011 adressée à l'OAI, l'assurée, sous la plume de Pro Infirmis, a invoqué une aggravation de son état de santé. Dans ce cadre, elle a produit un certificat du 16 mai 2011 de la Dre Y._____, nouvelle médecin généraliste traitante, faisant état d'une incapacité à travailler même dans une activité adaptée compte tenu des problèmes ostéoarticulaires et de l'infection au VIH. L'intéressée a également transmis un rapport du 21 mars 2011 des Drs B._____, JJ._____ et KK._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier M._____, décrivant une évolution stable et mettant en œuvre un changement de médication aux fins d'améliorer les effets indésirables du traitement et de rendre la virémie indétectable. En annexe figurait en outre un rapport du 3 mai 2011 de la radiologue II._____ établi consécutivement à une radiographie de la colonne cervicale, concluant une cervicarthrose évoluée basse de C5 à D1, à des espaces intersomatiques rétrécis avec ostéosclérose et ostéophytose sous-chondrale au niveau des plateaux vertébraux, à une diminution de la surface de projection des canaux de conjugaison en C6-C7 à gauche, ainsi qu'à un aspect légèrement déminéralisé de la structure osseuse.

Dans un écrit du 7 novembre 2012 adressé à l'OAI, l'assurée s'est enquis de la suite donnée à son courrier du 6 juin 2011 et a mentionné l'apparition d'un problème à la hanche.

Le 20 décembre 2012, l'OAI a remis à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente. L'intéressée y a indiqué, le 14 janvier 2013, que son état de santé s'était aggravé depuis le mois de mars 2011 au niveau du dos et des cervicales, puis de la hanche (prothèse) et du trochanter (fracture). Elle a ultérieurement précisé, le 20 février 2013, qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % depuis son arrivée en Suisse.

Par rapport du 15 janvier 2013, la Dre Y._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de status après prothèse totale de la hanche (PTH) droite le 12 juin 2012 sur coxarthrose, de status après fracture luxation périprothétique droite le 17 août 2012, de status après réduction fermée, d'ostéoporose fracturaire (tassements lombaires) en janvier 2008, d'infection VIH stade CDC B3 et de probable BPCO sur tabagisme. La Dre Y._____ a en particulier signalé que la patiente présentait une fatigue chronique importante, probablement liée à la thérapie VIH, et qu'elle bénéficiait d'une aide pour le ménage à domicile en raison des limitations au niveau de la hanche droite et des lombalgies récidivantes. Quant à l'activité exercée jusqu'alors, elle était jugée inexigible. A ce compte-rendu étaient joints différents rapports consécutifs aux interventions chirurgicales réalisées en 2012, montrant en particulier que suite à une période de réadaptation entre le 29 août et le 19 septembre 2012, l'assurée était autonome pour les transferts, marchait seule sur un périmètre illimité avec deux cannes et pouvait réaliser seule un étage d'escaliers, présentant toutefois un équilibre instable et un risque de chute important (rapport de l'Hôpital [...] du 1^{er} octobre 2012). En outre, un rapport du 23 novembre 2012 des Dres LL._____ et MM._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante au Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier M._____, faisait état d'une évolution viro-immunologique favorable.

Dans un rapport du 12 juin 2013, le Dr B._____ et le Dr AA._____, médecin assistant au Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier M._____, ont estimé que l'état de santé était

stationnaire, avec sur le plan anamnestique une asthénie et une évolution favorable au niveau des ballonnements précédemment décrits. Ils ont en outre conclu à l'absence de capacité de travail exigible chez l'assurée, laquelle présentait des cervico-dorso-lombalgies chroniques acutisées et des douleurs empêchant une position statique comme le port de charges.

Par compte-rendu du 28 octobre 2013, la Dre Y._____ a indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était nulle. Elle a en particulier signalé des douleurs intenses et insomniantes et a ajouté qu'une cataracte bilatérale et un ulcère du bulbe duodéal avaient récemment été diagnostiqués. Elle a de surcroît transmis des rapports médicaux montrant que des fractures des vertèbres D10 et D11 avaient été objectivées lors d'une densitométrie en avril 2013 (rapport du 6 août 2013 des Drs CC._____ et NN._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant au Service de rhumatologie du Centre hospitalier M._____), qu'un examen radiologique du 27 mai 2013 avait mis en évidence des tassements de L1 et [recte : à] L4, des discopathies chroniques L4-S1, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs modérés (rapport du Dr HH._____, radiologue, du 27 mai 2013), qu'une hospitalisation avait eu lieu du 16 au 17 juin 2013 pour une hémorragie digestive haute sur ulcère du bulbe duodéal Forrest II (rapport de l'Hôpital [...] du 24 juin 2013) et qu'une intervention de la cataracte était prévue en lien avec une baisse progressive de l'acuité visuelle (rapport de la Dre BB._____ du 15 août 2013).

Par rapport du 23 avril 2014 se référant à une consultation du 22 avril 2013, le Dr EE._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier M._____, a fait état d'une évolution plutôt favorable au niveau de la hanche, avec une prothèse en ordre au contrôle radiologique. Le Dr EE._____ a par ailleurs signalé la persistance de dorsolombalgies chroniques sévères. Il a estimé que, lors de la dernière consultation, la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée. S'agissant des limitations, il a indiqué ne pas avoir d'informations récentes, étant précisé qu'une nouvelle consultation pour la hanche droite était prévue le 23 juin 2014.

Sur demande de l'OAI, le Dr A._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier M._____, a exposé le 11 novembre 2014 que l'évolution était bonne au niveau de la prothèse mais que les troubles n'étaient pas limités à la hanche droite.

Par rapport du 23 janvier 2015, le Dr F._____, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier M._____, a indiqué qu'au dernier contrôle, réalisé le 23 juin 2014 par le Dr A._____, l'évolution était favorable s'agissant de la prothèse. Il a ajouté que les limitations habituelles, pour une telle prothèse, avaient trait aux travaux physiques. Il a ainsi préconisé un travail sédentaire réalisable à 100 % ou une activité debout exercée à 50 % au maximum, sans port de charge. Il y avait en outre lieu de limiter au maximum les escaliers et de proscrire les échelles, les échafaudages, ainsi que les positions accroupie ou à genoux.

Par envoi du 27 janvier 2015, le Dr W._____, médecin chef au Service de rhumatologie du Centre hospitalier M._____, a transmis à l'OAI un rapport établi par ses soins le 14 mai 2014 à la suite d'une consultation pour des omalgies droites. Ce médecin y concluait à l'existence d'une tuméfaction nodulaire liquidienne sous tension au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite et proposait un traitement antalgique, voire une ponction-infiltration en l'absence d'amélioration.

Le SMR ayant requis un avis rhumatologique, l'assurée a été vue le 17 décembre 2015 à la consultation ambulatoire de rhumatologie du Centre hospitalier M._____. Dans leur rapport y relatif du 13 janvier 2016 les Drs W._____ et L._____, médecin assistante au Service de rhumatologie de l'établissement précité, ont posé le diagnostic principal de rachialgies chroniques sur ostéoporose fracturaire avec de multiples fractures vertébrales (L1, L2, L3 et L4 selon une radiographie du 27 mai 2012 [recte : 2013], D10 et D11 selon une découverte fortuite en avril 2013), cyphoscoliose et troubles dégénératifs du rachis multiétagés. A titre de diagnostics secondaires, ils ont évoqué une probable

tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Ils ont par ailleurs observé ce qui suit :

"Examen clinique :

La patiente marche sans boiterie, lorsqu'elle porte des semelles compensées. Nous relevons un membre inférieur droit de 2 cm plus long que le membre inférieur gauche.

L'examen du rachis montre une cyphoscoliose importante avec des douleurs à la palpation de tout le rachis, ainsi que de la musculature paravertébrale qui est hypotrophique.

Au niveau des épaules, nous relevons une douleur à l'abduction active au-delà de 90°, ainsi qu'un test de Jobe douloureux ddc. Les amplitudes sont conservées. On relève une douleur à la palpation de l'acromio-claviculaire à droite.

Au niveau des genoux, il n'y a pas d'épanchement articulaire. On note une douleur en flexion active extrême, absente en passif. L'amplitude est complète.

Il n'y a pas de signe d'arthrite et les amplitudes sont conservées au niveau des autres articulations.

Discussion :

Actuellement, les rachialgies sont persistantes et invalidantes, bien que la patiente ait noté une amélioration sous Forsteo.

Ce traitement a été arrêté en septembre 2015 et relayé par du Fosamax afin d'éviter une perte osseuse à l'arrêt du Forsteo.

L'examen clinique des épaules laisse également suspecter une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale.

Les gonalgies ont un caractère mécanique et laissent suspecter une gonarthrose bilatérale.

Nous poursuivons son traitement de Fosamax, ainsi qu'une antalgie par Paracétamol et AINS en réserve. Le traitement par physiothérapie est également poursuivi."

A la requête du SMR, les Drs W. _____ et L. _____ ont précisé ce qui suit dans un rapport complémentaire du 19 avril 2016 :

"• Quelle est l'évolution de la situation au plan rhumatologique et orthopédique depuis l'octroi de la rente en 2008?

Madame C. _____ est connue pour une ostéoporose fracturaire sévère avec de multiples fractures vertébrales (L1, L2, L3, L4 mises en évidence sur une radiographie de mai 2012, de D10 et D12 [recte : D11] mises en évidence sur une radiographie en avril 2013), une fracture périprothétique de la hanche D en août 2012, ainsi que 2 fractures au niveau des talons en 2008.

Actuellement, les rachialgies sont toujours persistantes et invalidantes, bien que la patiente ait noté une amélioration sous traitement de Forsteo en septembre 2013 et septembre 2015.

Elle suit actuellement un traitement de Fosamax afin d'éviter la perte osseuse à l'arrêt du traitement de Forsteo, prévu pour une année.

Elle présente également des omalgies bilatérales avec un examen clinique laissant suspecter une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale. Elle se plaint de gonalgies à caractère mécanique qui laissent suspecter une gonarthrose bilatérale.

A noter que la patiente est également connue pour une infection HIV, bien contrôlée sous traitement.

• **Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles?**

A l'examen clinique, nous avons constaté une asymétrie des membres inférieurs avec une différenc[e] de 2 cm, pour laquelle elle porte des semelles compensées[.]

L'examen du rachis montre un[e] cyphoscoliose importante avec des douleurs à la palpation de tout le rachis et la musculature paravertébrale est hypotrophique.

A l'examen des épaules, nous relevons une douleur en abduction active au-delà de 90°, ainsi qu'un test de Jobe positif ddc. Les amplitudes sont conservées. On relève une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire à D.

Au niveau des genoux, nous ne retrouvons pas d'épanchement articulaire. On constate une douleur en flexion active extrême, absente en passif, avec des amplitudes complètes.

Nous ne relevons pas de signe d'arthrite avec des amplitudes complètes au niveau des autres articulations.

Au vu des rachialgies persistantes et toujours invalidantes, nous estimons que la patiente ne devrait pas porter de charges trop conséquentes durant son travail et éviter des mouvements en force au-dessus des épaules.

• **Dans une activité adaptée à ces limitations, quelle est selon votre appréciation sa capacité de travail dans une activité sédentaire strictement adaptée à ces limitations (actuellement 50 % sont admis)? Si ce n'est plus 50%, depuis quelle date?**

Le taux actuellement de 50% nous paraît adéquat."

Par avis médical du 14 juin 2016, le Dr X._____, du SMR, a estimé que compte tenu de l'exigibilité de 50 % attestée par le Dr W._____, les conditions d'octroi de rente pouvaient être maintenues en l'état.

Dans un compte-rendu du 29 septembre 2016, la Dre Y._____ a contesté le rapport précité du 19 avril 2016. Elle a décrit les troubles de la patiente depuis qu'elle en assumait la prise en charge et a

en particulier fait mention d'un suivi psychiatrique courant 2014 ainsi que d'une opération de la cataracte début 2016. Se référant à l'issue de la mesure d'orientation professionnelle intervenue en 2011, la Dre Y. _____ a par ailleurs émis des doutes quant à l'exigibilité d'un poste de travail même à 50 % compte tenu des cervicalgies et des douleurs aux niveaux dorsal, lombaire et des épaules. Parmi les pièces produites en annexe, figurait notamment un rapport du 14 mai 2013 de la Dre FF. _____, pneumologue, signalant une probable BPCO de degré moyennement sévère stade II à III sur tabagisme actif mais précisant que, sous l'angle des fonctions pulmonaires, la patiente n'avait pas strictement de syndrome obstructif mais un abaissement harmonieux du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et de la capacité vitale forcée (CVF). Un compte-rendu non daté émanant de la Dre T. _____, psychiatre de liaison à l'Hôpital [...], évoquait en outre une réaction dépressive et anxieuse importante, avec indication à l'introduction d'un traitement antidépresseur avec une composante antalgique. Enfin, dans un rapport du 9 février 2016, le Dr B. _____ exposait que l'assurée avait bon moral, allait bien et adhéraait au traitement, avec un bon contrôle de la situation sur le plan VIH.

Se déterminant par avis SMR du 11 janvier 2017, le Dr X. _____ a admis une aggravation temporaire du fait de l'intervention sur la hanche droite et des complications qui avaient suivi, avec une capacité de travail nulle dans toute activité depuis la date de l'intervention en juin 2012 jusqu'à une année après celle-ci, soit le 30 juin 2013 - date à laquelle la situation était stabilisée selon les pièces au dossier. Quant aux autres pathologies somatiques intercurrentes mentionnées par la Dre Y. _____, elles relevaient d'incapacités de travail temporaires et ne justifiaient pas objectivement une capacité de travail nulle permanente dans toute activité. Pour l'aspect psychique, le Dr X. _____ a observé qu'aucune attestation médicale du psychiatre traitant ne motivait d'aggravation. Cela étant, il a donc confirmé les conclusions émises le 14 juin 2016.

En date du 9 février 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 30 septembre 2013, avec reprise du versement de la demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2013. Considérant qu'une incapacité de travail totale devait être admise entre le mois de juin 2012 et le 30 juin 2013 et que la reprise d'une activité adaptée était exigible à 50 % dès le 1^{er} juillet 2013, l'OAI a plus particulièrement retenu que le passage à une rente entière pouvait intervenir au plus tôt dès le 1^{er} novembre 2012, soit dès la date prévue pour la révision d'office, et ce jusqu'au 30 septembre 2013, soit après trois mois d'amélioration.

Par courrier du 20 février 2017, l'assurée a indiqué qu'elle entendait contester le projet susdit. Par écriture complémentaire du 30 mars 2017 rédigée par son conseil, l'intéressée s'est prévalu d'un suivi psychiatrique dispensé par la Dre T. _____ depuis 2014 et a invoqué une aggravation des atteintes somatiques depuis 2008 - avec des fractures vertébrales nouvelles, des gonalgies et des omalgies précédemment inexistantes, et une multiplication des interventions médicales. Elle a conséquemment contesté l'exigibilité de 50 % évoquée par le Dr W. _____, dont l'appréciation ne tenait du reste pas compte du diagnostic de BPCO et d'une fatigue grandissante. L'assurée a de surcroît allégué que, dans son avis du 11 janvier 2017, le Dr X. _____ avait apprécié la situation de façon dichotomique et non pas dans son ensemble - contrairement au rapport de la Dre Y. _____ du 29 septembre 2016 qui méritait par conséquent d'être suivi. Cela étant, l'intéressée a soutenu que le droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu sans interruption ; elle a subsidiairement prétendu à un trois-quarts de rente moyennant un calcul de la perte de gain tenant compte d'un taux d'abattement de 10 % en raison de l'âge, des limitations fonctionnelles et du taux d'occupation.

Interpellée par courrier de l'OAI du 3 juillet 2017, la Dre T. _____ a indiqué par retour de courrier du 12 juillet 2017 qu'elle avait vu l'assurée en consultation à une seule reprise, le 21 mai 2014.

Le 17 juillet 2017, l'intéressée a produit trois rapports d'imagerie mettant en évidence une cervico-discarthrose prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec une déformation cyphotique de la colonne dorsale et une arthrose interfacettaire postérieure étagée présentant de discrets signes d'inflammation en C4-C5 du côté droit (rapport d'IRM cervicale et dorsale du 27 avril 2017 du Dr GG._____, radiologue), un ancien tassement des corps vertébraux (D10 et D11) et d'importants troubles statiques de la colonne dorsale sans anomalie expliquant les douleurs dorsales hautes (rapport d'IRM dorsale du 4 mai 2017 du Dr GG._____), ainsi que des remaniements dégénératifs disco-vertébraux sévères prédominant en L4-L5 et L5-S1 - sans hernie discale mais avec une inflammation de type Modic 1 - et un discret rétrécissement canalaire en L3-L4 et L4-L5 (rapport d'IRM lombaire du 26 juin 2017 du Dr GG._____).

Invitée par courrier de l'OAI du 19 juillet 2017 à préciser si elle était au bénéfice d'un suivi psychiatrique, l'assurée, par retour de courrier non daté, a répondu par la négative.

Par avis médical SMR du 17 octobre 2017, le Dr X._____ a relevé que la Dre T._____ n'avait vu l'assurée qu'une seule fois et n'assumait aucun suivi ni traitement. A cela s'ajoutait que, dans son rapport du 9 février 2016, le Dr B._____ indiquait que l'assurée allait bien et avait un bon moral. Dans ces conditions, le Dr X._____ a considéré que les éléments objectifs au dossier ne permettaient pas de retenir une atteinte psychique susceptible de motiver une incapacité de travail, si bien qu'il n'y avait pas d'indication à une expertise psychiatrique. Sur le plan somatique, le Dr X._____ a retenu qu'en l'absence d'élément médical nouveau, il y avait lieu de maintenir l'exigibilité d'une activité adaptée à 50 % telle qu'évaluée par le Dr W._____.

Par lettre du 18 octobre 2017 à l'assurée, l'OAI a réfuté les objections émises par cette dernière, compte tenu des conclusions du SMR.

Par décision du 7 décembre 2017, l'office a confirmé son projet du 20 février précédent dont il a repris la motivation.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, C. _____ a recouru le 29 janvier 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Elle a principalement conclu à la réforme de cette décision et au maintien du droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2013 et ce jusqu'au 30 juillet 2016, la cause étant renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant le droit à la rente à partir du 1^{er} août 2016, le droit à la demi-rente étant à tout le moins garanti à parti du 1^{er} août 2016 ; subsidiairement, elle a conclu à la réforme de la décision attaquée et à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2013. Préalablement, elle a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, la recourante s'est prévaluée d'une incapacité de travail totale relevée en particulier par la Dre Y. _____ mais également par le Dr EE. _____ - médecins dont les avis avaient été écartés sans raison objective par le SMR. Elle a par ailleurs argué que seule la Dre Y. _____ s'était prononcée sur la capacité de travail en tenant compte de l'ensemble des troubles. En particulier, le Dr W. _____ s'était prononcé le 19 avril 2016 uniquement sous l'angle des rachialgies persistantes, sans tenir compte notamment des troubles de vision évoqués le 15 août 2013 par la Dre BB. _____ ou du suivi psychiatrique intervenu en 2014 auprès de la Dre T. _____. Quant à l'avis émis le 23 janvier 2015 par le Dr F. _____, il ne prenait en considération que les problèmes de hanches, sans égard aux dorsalgies et omalgies. Cela étant, la recourante a estimé qu'il y avait à tout le moins lieu de maintenir la rente entière jusqu'au 30 juillet 2016, soit trois mois après l'appréciation du Dr W. _____. Subsidiairement, elle a relevé que, même à suivre le Dr W. _____, ce dernier avait mentionné des troubles aux épaules et aux genoux venant s'ajouter aux atteintes précédemment reconnues, de sorte que l'intimé ne pouvait supprimer la rente entière sans investigations complémentaires. Sous un autre angle, l'intéressée a estimé qu'un abattement de 20 % au moins aurait dû être pratiqué lors du calcul de la

perte de gain, ce qui aurait alors abouti à l'octroi d'un trois-quarts de rente.

Par décision du 6 avril 2018, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 mars 2018 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 8 mai 2018.

Par écriture du 17 mai 2018, la recourante a renoncé à fournir des explications complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'occurrence, est litigieuse la révision du droit à la rente ayant conduit l'intimé à ramener, dès le 1^{er} octobre 2013, à une demi-

rente d'invalidité la rente entière allouée à la recourante à compter du 1^{er} novembre 2012.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

c) L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, 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 déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

L'art. 88bis al. 1 RAI précise en outre qu'au plus tôt, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ou, si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b). Quant à l'art. 88bis al. 2 RAI, il indique que la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a

recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Quant aux avis médicaux du SMR (art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), ils se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements

médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

5. En l'espèce, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 24 juin 2009 (dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel de la situation), justifiant la modification du droit à cette prestation telle qu'arrêtée par l'intimé aux termes de sa décision du 7 décembre 2017.

a) A la suite de la demande initiale de prestations déposée le 27 juin 2008, les documents médicaux au dossier ont mis évidence des tassements vertébraux (L1, L2, L3) dans le contexte d'une ostéoporose fracturaire sévère et des troubles statiques et dégénératifs du rachis (D5-D6, D7-D8, D10-D12 ; L4-L5, L5-S1), induisant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une exigibilité de 50 % dans une activité légère adaptée, sans port de charges de plus de 5kg ni efforts en rotation du tronc et avec alternance des positions debout et assise (bilan IRM du 13 mars 2008 ; rapport de la Dre H. _____ du 7 août 2008 ; rapport SMR des Drs K. _____ et D. _____ du 15 octobre 2008). Il a par ailleurs été constaté que l'intéressée présentait une infection au VIH stabilisée sous trithérapie et un épisode dépressif sévère en rémission depuis décembre 2007, ces atteintes n'étant pas considérées comme incapacitantes (rapport de la Dre N. _____ du 17 juillet 2008 ; rapport d'expertise psychiatrique du Dr J. _____ du 22 mai 2008 et son complément du 18 juin 2008 ; rapport SMR précité du 15 octobre 2008). C'est sur cette base qu'a été rendue la décision du 24 juin 2009 octroyant une demi-rente à l'assurée dès le 1^{er} janvier 2008.

A l'issue d'une procédure de révision d'office initiée en novembre 2009, il a par ailleurs été considéré que la situation médicale n'avait pas évolué (avis médical SMR de la Dre O._____ du 30 août 2010 ; communication de l'OAI du 16 septembre 2010).

b) Sur le plan somatique et plus particulièrement orthopédique, il est constant qu'une prothèse totale de la hanche droite a été mise en place le 12 juin 2012 des suites d'une coxarthrose, avec des complications en la forme d'une luxation de ladite prothèse et d'une fracture trochantérienne avec réduction fermée le 17 août 2012 (rapport de l'Hôpital [...] du 1^{er} octobre 2012 ; rapport de la Dre Y._____ du 15 janvier 2013). La réadaptation a permis à l'assurée de regagner en autonomie, avec toutefois un équilibre instable et un risque de chute (rapport précité du 1^{er} octobre 2012). Puis, l'évolution a successivement été considérée comme plutôt favorable (rapport du Dr EE._____ du 23 avril 2014), bonne (rapport du Dr A._____ du 11 novembre 2014) et enfin favorable (rapport du Dr F._____ du 23 janvier 2015). Dans son rapport du 23 avril 2014, le Dr EE._____ a certes mentionné une capacité de travail nulle ; cette appréciation porte toutefois sur la situation prévalant lors d'une précédente consultation du 23 avril 2013, soit moins d'une année après la pose de la prothèse, et ne comporte pas de motivation ni de description d'éventuelles limitations fonctionnelles. Dans son rapport du 23 janvier 2015, le Dr F._____ a en revanche estimé que, sur la base du dernier contrôle effectué le 23 juin 2014, la capacité de travail était de 100 % dans une activité sédentaire et de 50 % dans une activité exercée debout, excluant les travaux physiques, sans port de charges, avec des restrictions au niveau des escaliers, des échelles, des échafaudages, ainsi que des positions à genoux ou accroupies. Tenant compte de ces évaluations, le Dr X._____ a conclu à une aggravation temporaire avec une capacité de travail nulle dans toute activité dès la date de la mise en place de la prothèse jusqu'à une année après cette intervention, soit du 12 juin 2012 au 30 juin 2013, puis à une stabilisation sous l'angle orthopédique avec une exigibilité de 50 % dans une activité adaptée (avis médicaux SMR des 14 juin 2016, 11 janvier 2017 et 17 octobre 2017). Or, rien dans les avis de la Dre Y._____ (des 15 janvier

2013, 28 octobre 2013 et 29 septembre 2016) ni dans les autres documents médicaux recueillis ne vient plaider à l'encontre d'une telle appréciation, laquelle s'inscrit dans la lignée des observations spécialisées au dossier et apparaît dès lors convaincante pour ce qui est des problèmes orthopédiques de l'assurée.

Sous l'angle rhumatologique, il est indéniable que les troubles de l'assurée ont connu une certaine expansion - s'agissant en particulier de l'ostéoporose fracturaire, avec l'apparition de nouveaux tassements vertébraux, mais également sous l'angle des troubles dégénératifs du rachis, notamment au niveau des vertèbres cervicales, les médecins ayant en outre noté une cyphoscoliose, des omalgies et des gonalgies (rapport de la Dre H. _____ du 3 mai 2011 ; rapports du Service de rhumatologie du Centre hospitalier M. _____ des 6 août 2013, 13 janvier 2016 et 19 avril 2016). C'est toutefois en pleine connaissance de ces éléments (rapports des 13 janvier et 19 avril 2016) que les Drs W. _____ et L. _____ ont validé une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité sédentaire, sans port de charges trop conséquentes ni mouvements en force au-dessus des épaules (rapport du 19 avril 2016). Quant à l'appréciation contraire de la Dre Y. _____, elle repose essentiellement sur les douleurs - par définition subjectives - de l'assurée (rapports des 28 octobre 2013 et 29 septembre 2016) et non sur un quelconque élément objectif qui aurait échappé à l'attention des spécialistes du Centre hospitalier M. _____. On notera de surcroît que contrairement à ce que soutient la médecin traitante (rapport du 29 septembre 2016), l'échec de la mesure de réadaptation au début de l'année 2011 ne saurait infirmer à lui seul l'appréciation formulée par les Drs W. _____ et L. _____ au début de l'année 2016, étant ici rappelé que les données médicales l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (cf. TF 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2 et les références citées). Si les Drs B. _____ et AA. _____ ont en outre péremptoirement conclu à une capacité de travail nulle du fait de cervico-dorso-lombalgies chroniques (rapport du 12 juin 2013), ils n'ont cependant fourni aucune motivation à l'appui de cette appréciation, émise hors de

leur sphère de compétence. Pour ce qui est en outre des rapports d'imagerie du Dr GG._____ (des 27 avril, 4 mai et 26 juin 2017), ils portent sur des problématiques cervicales, dorsales et lombaires déjà connues des rhumatologues du Centre hospitalier M._____ et n'évoquent, à cet égard, aucune modification notable des troubles affectant le rachis de la recourante. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr X._____ validant le maintien d'une exigibilité de 50 % sur le plan rhumatologique (avis SMR des 14 juin 2016, 11 janvier 2017 et 17 octobre 2017).

C'est par ailleurs le lieu de relever que la recourante se prévaut en vain des troubles visuels signalés le 15 août 2013 par la Dre BB._____ des suites d'une cataracte, dès lors qu'une opération a eu lieu au début de l'année 2016 (rapport de la Dre Y._____ du 29 septembre 2016) et que rien au dossier n'incite à douter du succès de cette intervention.

Quant à la suspicion de BPCO, elle était déjà connue lors de la procédure antérieure (rapport de la Dre N._____ du 17 juillet 2008) et n'avait alors pas été jugée incapacitante. Or, force est de constater que les documents au dossier ne montrent aucune évolution significative à ce niveau. Notamment, dans son rapport du 14 mai 2013, la Dre FF._____ a signalé que, sous l'angle des fonctions pulmonaires, l'intéressée n'avait pas strictement de syndrome obstructif mais un abaissement harmonieux de certaines mesures (VEMS, CVF) - ce qui ne suffit guère pour conclure à un trouble incapacitant.

Pour ce qui est enfin de l'infection au VIH, elle aussi jugée non incapacitante lors de la procédure antérieure, la Cour observe là encore qu'aucune modification importante ne ressort de l'examen du dossier. S'agissant des effets secondaires de la médication tels que rapportés lors de la première procédure de révision (rapport des Drs B._____, E._____ et I._____ du 15 février 2010), force est de constater que le traitement de la recourante a été adapté pour y pallier (rapport des Drs B._____, JJ._____ et KK._____ du 21 mars 2011). On observe en

outre qu'une évolution favorable a été signalée par les Drs LL._____ et MM._____ aux termes d'un compte-rendu du 23 novembre 2012. Dans leur rapport du 12 juin 2013, les Drs B._____ et AA._____ ont, quant à eux, fait mention d'un état stationnaire. S'ils ont certes décrit une asthénie, cet élément a été apporté sous l'angle anamnestique - à l'instar d'une évolution favorable des ballonnements précédemment évoqués - et n'a abouti à la prise en compte d'aucune restriction proprement dite, que ce soit au niveau de la maladie ou des effets secondaires de la médication. A cela s'ajoute que dans un rapport ultérieur du 9 février 2016, le Dr B._____ a indiqué que la situation était toujours bien contrôlée et que la patiente adhérait bien au traitement. Sur cette base, on ne voit guère ce qui permettrait de conclure à une diminution de la capacité résiduelle de travail jusqu'alors reconnue.

A la lumière des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient donc que, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % sur le plan orthopédique et de 50 % sur le plan rhumatologique, le Dr X._____ était fondé à procéder à la synthèse de la situation (cf. consid. 4 supra) et à considérer, sur la base des avis spécialisés au dossier, que l'exigibilité totale pouvait globalement être maintenue à 50 % dans une activité adaptée.

Cela étant, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation de l'intimé sur le plan somatique.

c) Au niveau psychique, il est vrai que la recourante s'est dans un premier temps prévalué d'un suivi spécialisé auprès de la Dre T._____ (écriture du 30 mars 2017), également signalé par la Dre Y._____ (rapport du 29 septembre 2016). L'instruction menée par l'OAI a toutefois montré que la Dre T._____ n'avait rencontré la recourante qu'à une seule reprise, le 21 mai 2014 (réponse de la Dre T._____ du 12 juillet 2017). L'assurée a en outre explicitement indiqué, sur interpellation de l'OAI le 19 juillet 2017, qu'elle ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique. Avec le Dr X._____ (avis médical SMR du 17 octobre 2017), il y a également lieu d'observer que le Dr B._____ signalait un

bon moral dans son rapport du 9 février 2016. Sur le vu de ces éléments, on ne discerne donc aucun indice plaidant dans le sens d'un trouble psychique susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'intéressée.

Sous cet angle également, la position de l'intimé échappe donc à la critique.

d) Au regard de ce qui précède, l'OAI était donc fondé à se baser sur l'appréciation du Dr X._____ (avis médicaux SMR des 11 janvier et 17 octobre 2017) pour conclure à une aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante entre juin 2012 et le 30 juin 2013, avec une incapacité de travail complète durant cette période, et, pour le surplus, à une situation inchangée du point de vue de l'exigibilité médicale.

On ajoutera par surabondance que dans ces conditions, faute d'altération au long cours, la recourante ne saurait se prévaloir du simple écoulement du temps pour se voir appliquer la jurisprudence relative à la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite (ATF 138 V 457 consid. 3). Peu importe également, au surplus, que l'intéressée ait atteint l'âge légal de la retraite le 1^{er} juin 2019 (cf. art. 21 al. 1 let. a et al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]), dès lors qu'il s'agit d'un élément postérieur à la date - déterminante - de la décision attaquée.

6. La perte de gain telle qu'évaluée par l'intimé prête, en revanche, le flanc à la critique.

a) A titre liminaire, la Cour de céans précise qu'il n'y a pas lieu de revenir sur la période antérieure à l'aggravation survenue en juin 2012, cette période ne faisant l'objet d'aucune controverse.

b) Cela précisé, il n'est pas contesté ni contestable que l'entière incapacité de travail reconnue dès le mois de juin 2012 jusqu'au

30 juin 2013 ouvre le droit à une rente entière, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %.

Certes, la recourante ne conteste pas l'ouverture de ce droit au 1^{er} novembre 2012. Tenue d'agir selon la maxime d'office (art. 61 let. c et d LPGA), la Cour de céans constate toutefois que, dans la décision attaquée, l'OAI a déterminé ce point de départ en arguant qu'il s'agissait de la date prévue pour la révision d'office (art. 88bis al. 1 let. b RAI, cf. consid. 3c supra). Rien de tel ne résulte cependant du dossier. Il apparaît bien au contraire que c'est la recourante qui a initié la procédure de révision par courrier du 6 juin 2011, réitérant ensuite sa requête par missive du 7 novembre 2012. Il suit de là que l'art. 88bis al. 1 let. b RAI n'est pas applicable dans le présent contexte, de sorte que la date du 1^{er} novembre 2012 ne peut être retenue. Tout au plus soulignera-t-on à ce stade que, lorsque la rente est augmentée sur présentation d'une demande de révision, l'art. 88a al. 2 RAI est prioritaire sur l'art. 88bis al. 1 RAI, en ce sens qu'une augmentation de la rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de trois mois même si la révision est demandée par l'assuré (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3017 p. 842). Cela étant, l'aggravation ayant débuté au mois de juin 2012, il y a par conséquent lieu de fixer le *dies a quo* de l'augmentation de la rente au 1^{er} septembre 2012, conformément au délai de trois mois instauré par l'art. 88a al. 2 RAI.

Pour le reste, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante ne pouvait plus prétendre à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2013 - soit après trois mois d'amélioration à compter du 30 juin 2013 au sens de l'art. 88a al. 1 RAI (cf. consid. 3c supra), en présence d'une rente échelonnée allouée rétroactivement (cf. notamment TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 3 et 4, spéc. 4.1 les références citées).

c) Reste à déterminer si, après la phase d'aggravation ci-dessus évoquée, le taux d'invalidité est redevenu identique à celui

reconnu dans la décision du 24 juin 2009 – soit un taux de 57 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

aa) Il convient à cet égard de relever que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Divers éléments peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il s'agit de circonstances personnelles et professionnelles, exhaustivement énumérées par la jurisprudence (les limitations fonctionnelles liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation), dont il y a lieu de tenir compte par une déduction globale maximale de 25 % au moment de la détermination du revenu hypothétique d'invalidité au moyen de salaires statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 3.1).

bb) Dans le cadre de la décision d'octroi de rente du 24 juin 2009, l'office n'avait procédé à aucun abattement sur le revenu d'invalidité, au motif que les limitations fonctionnelles retenues – soit : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas d'efforts en rotation du tronc, alternance des positions assise et debout (rapport SMR des Drs K._____ et D._____ du 15 octobre 2008) – avaient déjà été prises en compte dans la capacité de travail (fiche de calcul du salaire exigible du 22 octobre 2008).

S'il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation, s'agissant d'une décision entrée en force, il s'impose en revanche de constater que la situation a de toute évidence évolué selon ce qui résulte des avis émis par les Drs F._____ (rapport du 23 janvier 2015), W._____ et L._____ (rapport du 19 avril 2016). En effet, ces médecins ont manifestement décrit des limitations fonctionnelles accrues en comparaison avec 2009, visant désormais un travail sédentaire exercé à 50 % sans travaux

physiques, sans port de charges, sans escaliers, échelles ou échafaudages, sans positions accroupie ou à genoux et sans mouvements en force au-dessus des épaules. Vu l'ampleur de ces restrictions, l'intimé ne pouvait donc se contenter de renvoyer au calcul du préjudice économique effectué neuf ans plus tôt. Ce faisant, l'OAI a omis de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte et pouvant désavantager la recourante sur le marché du travail après une absence prolongée. 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). C'est ainsi qu'en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (TF 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 consid. 5.3 et la références citée). Or dans le cas d'espèce, il est patent que la recourante, née en 1955 et conséquemment âgée de plus de 50 ans au moment des faits litigieux, présente des limitations fonctionnelles objectives dans une activité adaptée, limitations qui n'apparaissent en l'état guère compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels. On ne saurait dès lors, dans une telle constellation, renoncer à l'examen de tout abattement.

Il suit de là que l'office intimé ne pouvait se contenter, aux termes de la décision attaquée, de renvoyer au taux d'invalidité de 57 % précédemment retenu. Il lui incombait, au contraire, de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique en y intégrant désormais les éléments permettant de tenir compte des facteurs inhérents à la situation de l'assurée.

Cela est d'autant plus vrai que l'imputation d'un abattement sur le revenu d'invalidité pourrait, dans le cas particulier, revêtir des conséquences significatives du point de vue du droit à la rente. On observe, en effet, qu'en se fondant sur les chiffres retenus par l'OAI en

2009 (et, partant, non actualisés), la prise en considération d'un abattement 5 % aboutit à un taux d'invalidité de 59 %, ouvrant le droit à une demi-rente, tandis que celle d'un abattement de 10 % conduit à un taux d'invalidité de 61 %, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. Une analyse approfondie apparaît dès lors incontournable quant à cette problématique.

cc) Sous cet angle, on ne peut donc souscrire à la décision du 7 décembre 2017. Dès lors que la question de l'abattement a jusqu'ici été passée sous silence par l'intimé, la Cour ne saurait se prononcer à ce stade sur le sujet, sauf à priver la recourante de la garantie de la double instance. La cause sera donc renvoyée sur ce plan à l'intimé, pour complément d'instruction éventuel et nouvelle décision.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 7 décembre 2017 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2012 au 30 septembre 2013, dite décision étant pour le surplus annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouveau calcul du préjudice économique – cas échéant après complément d'instruction – et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C._____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2012 au 30 septembre 2013, la décision étant pour le surplus annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour procéder dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :