

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2018

Composition : M. NEU, président
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T. _____, à N. _____, recourante,

et

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

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 88a al. 2
RAI**

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), ressortissante italienne née en 1954, est entrée en Suisse en 1971 en compagnie de son époux. Le couple a donné naissance à trois enfants avant de divorcer en 1986.

L'assurée exerce l'activité d'aide d'exploitation depuis le 1^{er} août 1981 auprès de l'Hôpital V._____. Engagée à plein temps, elle a toutefois décidé de son propre chef de réduire son temps de travail à 80% dès février 2001 du fait de douleurs lombaires.

B. En date du 6 juillet 2005, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette requête, le Dr U._____ médecin généraliste traitant de l'assurée, a été amené à compléter un rapport initial à l'attention de l'OAI, en date du 1^{er} août 2005. Ce praticien a indiqué, au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de sa patiente, des « lombo-pygalgies droites chroniques dans un contexte de troubles statiques (importante scoliose lombaire) et [de] dysbalances musculaires », présents depuis 1974. Il a également mentionné une « ostéopénie diffuse (ostéoporose) » sans influence sur la capacité de travail, celle-ci s'avérant toutefois nulle à compter _____ du 19 mai 2005. Il a précisé que l'assurée était susceptible d'exercer de « petits travaux de manutention sans mouvements dorsaux, ni port de charges » à hauteur de quatre à six heures par jour. Il a joint à son envoi un rapport du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital H._____, daté du 19 novembre 2002 et retenant globalement des diagnostics similaires. Ce document fait par ailleurs état des conclusions suivantes :

« [...] Cette patiente présente donc des lombalgies chroniques avec pseudo-cruralgies droites sur des troubles statiques majeurs de la colonne lombaire, ainsi que l'attestent des radiographies effectuées récemment. En raison d'un aspect ostéopénique de la colonne, nous avons proposé à la patiente d'effectuer une densitométrie en ambulatoire. Afin d'exclure un problème inflammatoire, nous avons également effectué un bilan biologique complet qui ne montre rien de particulier. Nous nous sommes permis de recontacter la patiente d'ici 3 à 4 semaines avec visualisation des anciens clichés pour objectiver l'éventuelle aggravation de cette scoliose. Il nous semble important de revoir la patiente afin de discuter d'un reclassement professionnel, le travail de femme de ménage ne semblant pas approprié avec de tels troubles statiques. Nous avons donc prolongé l'arrêt de travail du 18.11 au 2.12.02. Dans l'intervalle, la patiente poursuit une antalgie simple et nous l'avons également encouragée à poursuivre une activité physique régulière. [...] »

La Dresse C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'Hôpital B._____, a également produit un rapport en date du 22 août 2005 à la demande de l'OAI. Elle a signalé les diagnostics de « lombo-pygalgies chroniques persistantes à droite, scoliose lombaire, petite hernie discale postéro-médiane L5/S1 et hémangiomes D12 et L2 » lesquels limitaient à 50% la capacité de travail de l'assurée. Elle a conclu son analyse en ces termes :

« [...] Cette patiente a suivi le schéma thérapeutique complet des lombalgiques, y compris un traitement intensif et multidisciplinaire [...]. Malheureusement, cette prise en charge n'a été que partiellement efficace et vu la présence de douleurs, la patiente a diminué d'elle-même son taux de capacité de travail à 80%. Cependant, elle est souvent à l'arrêt de travail en raison des poussées douloureuses aiguës liées à la surcharge professionnelle. Dans ce sens, il est donc raisonnable de lui reconnaître une incapacité de travail de 50% à long cours dans son travail habituel, car tout reclassement professionnel dans une autre activité me semble illusoire. »

En date du 31 août 2005, l'employeur de l'assurée, l'Hôpital V._____, a confirmé que celle-ci était occupée à 80% depuis le 1^{er} février 2001, tandis qu'elle réalisait un salaire mensuel de 3'815 fr. 20, versé treize fois depuis janvier 2005. Il a mis en exergue les éléments suivants :

« [...] Durant les périodes où [l'assurée] sent les effets de sa maladie, elle vient travailler malgré ses douleurs. Son rendement est diminué d'environ 20%. Les tâches telles que

- le balayage humide

- le transport de sacs de linge et poubelles
- le nettoyage à fond des chambres
- le nettoyage des vitres
- enlever et suspendre les rideaux, ainsi que monter sur une échelle

deviennent trop lourdes et prennent plus de temps ; elles nécessitent parfois des pauses assises. Durant les rares périodes avec moins de douleurs (essentiellement au retour de vacances), son rendement est normal, mais s'aggrave progressivement. »

Sur questions de l'OAI, la Dresse C._____ a précisé ce qui suit en date du 3 octobre 2005 :

« [...] Cette assurée, connue pour des lombo-pygalgies persistantes à droite, évolue avec des poussées aiguës répétitives qui imposent des arrêts de travail total itératifs de 1 à 2 semaines. La problématique aiguë survient toujours en relation avec les sursollicitations professionnelles. Selon nos observations durant son hospitalisation, nous pouvons affirmer qu'il y a un problème d'insuffisance musculaire et d'endurance chez une patiente qui est très collaborante et qui a acquis les règles d'ergonomie du dos. Toutefois, les activités répétées et les mouvements de torsion du dos ne font qu'augmenter les douleurs avec secondairement apparition de contractures lombaires réflexes, qui l'immobilisent dans ses mouvements.

Durant les périodes où elle a travaillé à mi-temps, elle a pu assumer son travail sans difficulté. Son endurance étant très limitée, il est à mes yeux judicieux d'admettre qu'à long cours sa capacité de travail n'est pas supérieure à 50%. »

Consulté pour avis, le Dr F._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a préconisé le 20 janvier 2006 un examen rhumatologique de l'assurée, lequel a été réalisé au sein de ce service le 9 mai 2006 par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie.

Le rapport corrélatif, établi le 10 mai 2006, retient les diagnostics suivants, susceptibles d'affecter la capacité de travail de l'assurée :

- lombo-pygio-sciatalgies prédominant à droite chroniques persistantes (M54.4) :
 - o scoliose dorsolombaire dextro-convexe avec angle de Cobb de 21°;
 - o discopathies lombaires étagées ;
 - o protrusion discale médiane L5-S1 ;
- cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs ;

- dysbalance musculaire de la ceinture scapulaire et pelvienne ;
- épicondylalgies droites.

En outre, sont qualifiés de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ceux énumérés ci-dessous :

- hypotension orthostatique ;
- ostéoporose traitée ;
- très discret status variqueux des membres inférieurs.

Sous rubrique « Appréciation du cas », le Dr S. _____ observe notamment ce qui suit :

« Cette assurée en bonne santé habituelle, présente toutefois depuis son jeune âge adulte des lombalgies à caractère mécanique chroniques persistantes qui n'ont cessé, au fil du temps, d'augmenter progressivement en intensité pour se mettre peu à peu aussi à irradier vers la région de la fesse et de la racine du membre inférieur à droite, de même que vers la région cervicale et dans une moindre mesure vers le membre supérieur droit. En raison de cette symptomatologie douloureuse, l'assurée a, de son propre chef, ramené son taux d'activité professionnelle de 100 à 80 % en 2000 ; l'employeur atteste toutefois un rendement de l'ordre de 80 % de ce 80 % en raison de pauses fréquentes que l'assurée doit s'octroyer en cours de journée.

Cliniquement, on est en présence d'une assurée de constitution frêle, présentant ses plaintes de manière adéquate.

L'examen général est sans particularité hormis une hypotension artérielle. Très discret status variqueux des deux membres inférieurs.

L'examen neurologique périphérique est sans déficit sensitivomoteur à caractère radiculaire aux membres inférieurs (le très discret manque de force apparu lors du testing musculaire analytique de l'iléo-psoas et du quadriceps à droite est probablement plutôt le reflet de problèmes algiques).

L'examen ostéoarticulaire périphérique fait apparaître une dysbalance musculaire de la ceinture scapulaire et pelvienne, une épicondylalgie droite probablement favorisée par la dysbalance musculaire et par les discrets troubles dégénératifs cervicaux qu'ont révélés les radiographies ; aux membres inférieurs, douleurs à la mobilisation de la hanche droite en relation avec d'importantes tendomyoses locales elles-mêmes secondaires à la problématique rachidienne.

En effet, au niveau rachidien, l'assurée présente une scoliose rotation dorsolombaire dextroconvexe avec une gibbosité de 3 cm en antéflexion mais l'examen met aussi en évidence une limitation asymétrique de mobilité de la nuque vers la droite et des tendomyoses pararachidiennes droites étagées.

Les radiographies de la colonne cervicale, certes relativement anciennes, mettent en évidence une fusion congénitale de C1 et C2 qui peut peut-être quelque peu perturber la dynamique de ce segment rachidien ainsi que des troubles dégénératifs au niveau des

articulations interapophysaires postérieures C6-C7 et C7-D1. Au niveau dorsolombaire, l'imagerie révèle une scoliose rotation dextroconvexe centrée sur la charnière dorsolombaire avec un angle de Cobb de l'ordre de 20° resté stable au fil du temps mais en revanche l'IRM lombaire met en évidence des discopathies lombaires basses étagées ainsi qu'une protrusion discale médiane L5-S1. Il existe également des images d'hémangiomes des corps vertébraux de D12 et de L2 qui sont certainement une trouvaille fortuite sans retentissement fonctionnel. Les clichés du bassin révèlent des troubles dégénératifs des sacro-iliaques mais pas d'atteinte coxo-fémorale.

Au terme du présent bilan, il apparaît une bonne cohérence entre les douleurs annoncées par l'assurée et les constatations objectives cliniques et paracliniques. La fragilité biomécanique du rachis est claire ; les dysbalances musculaires de la ceinture scapulaire et pelvienne avec les tendomyoses qui y sont corrélées notamment au niveau cervico-scapulaire droit et surtout au niveau lombo-fessier droit en sont le corollaire logique.

L'ensemble de cette problématique douloureuse dégénérative rachidienne axiale et périphérique impose des limitations fonctionnelles rigoureuses qui seront énumérées ci-dessous. Du point de vue tout à fait objectif, l'activité professionnelle de nettoyeuse est inadaptée et elle l'était d'ailleurs dès l'origine ; la constitution gracile de cette assurée et ses troubles statiques rachidiens importants contre-indiquent théoriquement du moins une activité professionnelle lourde physiquement.

Les limitations fonctionnelles

A) Rachis dorsolombaire : nécessité de pouvoir alterner une à deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 6 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

B) Rachis cervical et membre supérieur droit: pas de travail imposant le soulèvement et le port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail répétitif contre résistance sollicitant les deux membres supérieurs, pas de travail imposant le maintien prolongé immobile de la nuque dans quelque position que ce soit.

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

Comme cela ressort bien du corps du présent rapport, l'assurée a décidé de son plein gré de ramener son taux de capacité de travail de 100 à 80 % dès février 2001. Sur la base de l'analyse actuelle que nous pouvons faire de la situation, qui corrobore d'ailleurs pleinement l'analyse qu'en avait faite la Dresse C. _____ qui est consignée dans son rapport du 28.09.2005, cette réduction du taux d'activité de 100 à 80% était justifiée et aurait mérité d'être attestée médicalement.

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

Depuis lors, l'assurée continue à travailler à un taux de 80 % en tant qu'employée de maison à l'Hôpital V. _____ mais l'employeur signale un rendement diminué depuis juillet 2002. Sur la base de notre analyse de la situation qui rejoint donc celle de la Dresse C. _____, la capacité de travail exigible de l'assurée dans son activité de nettoyeuse ne peut excéder 50 % depuis l'été 2002 probablement.

Concernant la capacité de travail exigible,

elle est limitée de manière significative par les atteintes à la santé somatique dûment documentées. Nous rejoignons pleinement les conclusions de la Dresse C._____, médecin associée à l'Hôpital B._____, qui reconnaît à l'assurée une capacité de travail exigible de maximum 50 % en tant que nettoyeuse. Dans une activité strictement adaptée qui respecterait les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, la capacité de travail exigible n'excède pas 80% en particulier en raison de la problématique douloureuse lombaire liée à la scoliose qui induit un état douloureux important réduisant donc l'exigibilité de l'ordre de 20 %. »

Fondé sur l'analyse qui précède, le Dr F._____ du SMR a rendu son avis final le 30 mai 2006, concluant à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr S._____ depuis février 2001.

L'assurée a été reçue par le Service de réadaptation de l'OAI le 26 mars 2007, lequel a rendu son rapport final le 11 avril 2007. La conseillère de l'OAI a procédé à une comparaison hypothétique des revenus sur la base des conclusions du SMR, mettant à jour un degré d'invalidité de 48%.

Dans ce contexte, elle a retenu un revenu sans invalidité de 62'140 fr. pour une activité d'aide d'exploitation à plein temps à l'Hôpital V._____ et un revenu d'invalidité de 32'297 fr. à 80% tel que ressortant des statistiques salariales, après abattement de 20% pour tenir compte des facteurs étrangers à l'invalidité.

Elle a en outre constaté que la réduction de l'activité habituelle à 50% entraînait le versement d'un salaire annuel de 31'070 francs. Partant, elle a conclu son rapport en ces termes :

« [...] Il paraît peu utile de mettre en place des mesures professionnelles qui ne permettront pas de réduire durablement le préjudice de l'assurée. [L'assurée], pour sa part, préfère de loin réduire son horaire à 50% et garder son emploi à l'Hôpital où elle travaille depuis 26 ans, plutôt que de tenter de se réinsérer ailleurs et travailler à 80% ; peu adaptable, elle craint de faire une dépression si elle devait quitter son environnement habituel. En conclusion, en réduisant à 50% son activité habituelle, l'assurée exploite au mieux et selon son choix sa capacité de gain. [...] »

C. Reprenant les considérations médicales et économiques précitées, l'OAI a établi un projet de décision en date du 13 décembre 2007, par lequel il a envisagé l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2004 sur la base d'un degré d'invalidité de 48%.

Un prononcé en ce sens, prévoyant une révision d'office du droit à la rente dès janvier 2010, a été adressé à la caisse de compensation compétente.

Une décision mettant l'assurée au bénéfice de la prestation corrélative a été émise le 18 avril 2008, laquelle est entrée en force en l'absence de toute contestation dans le délai légal.

D. En date du 2 février 2010, l'OAI a entamé une procédure de révision du droit à la rente de l'assurée, adressant un questionnaire à cette dernière et sollicitant un extrait actualisé de ses comptes individuels.

L'assurée a indiqué le 1^{er} mars 2010 que son état de santé s'aggravait depuis environ six mois, en termes de fréquence des douleurs dorsales et de fragilité de son état général. Elle a précisé poursuivre son activité lucrative à hauteur de 70% auprès de l'Hôpital V._____.

Le Dr U._____ a complété un rapport daté du 16 mars 2010 à l'attention de l'OAI, observant que l'état de sa patiente « s'aggravait modérément » et que ses « douleurs se péjoraient au cours de la journée et de plus en plus tôt ». Il a mis en exergue une incapacité de travail de 30%, médicalement attestée depuis 2006 dans l'activité habituelle.

Questionné par l'OAI, l'employeur a signalé par rapport du 18 mars 2010 que l'assurée était à son service à concurrence de 29 heures 05 par semaine depuis le 1^{er} juillet 2008 pour un salaire mensuel de 3'480 fr. 40 depuis 2010, soit un revenu annuel de 45'245 fr. 20, annexant un plan détaillé de ses absences des suites de maladie. Il a précisé le 30 juillet 2010, à la requête expresse de l'OAI, que le salaire versé correspondait au rendement observé.

Sollicité pour avis, le Dr X. _____, médecin auprès du SMR, a considéré ce qui suit :

« [...] nous pouvons retenir que l'état de santé de cette assurée est inchangé par rapport au moment de l'octroi de la rente. Elle présente des troubles ostéo-articulaires dégénératifs indéniables, qui ne peuvent que s'aggraver avec les années qui passent, et des activités à fortes charges physiques. Pour le moment, elle est toujours capable d'assumer son activité antérieure à un taux de 70% (cf. rapport employeur). [...] Nous n'avons aucune indication d'ordre médical pour nous permettre d'envisager une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée (capacité de travail dans l'activité adaptée de 80%, comme déterminée lors de l'examen SMR du Dr S. _____ en 2006). »

Constatant que l'assurée avait poursuivi son activité habituelle au taux de 70% et qu'elle subissait de facto un préjudice économique de l'ordre de 30% au maximum depuis l'année 2008, le Service de lutte contre la fraude (LFA) de l'OAI a suggéré la suppression du quart de rente d'invalidité précédemment alloué, selon les termes de sa communication interne du 6 août 2010.

E. L'OAI a élaboré un projet de décision en ce sens à la même date, suite auquel l'assurée a manifesté son désaccord en faisant valoir son droit d'être entendue par pli du 28 octobre 2010. Elle a exposé avoir discuté tant avec l'OAI qu'avec l'Hôpital V. _____ à réception de la décision d'octroi d'un quart de rente, envisageant une nouvelle réduction de son temps de travail, tandis que le collaborateur en charge de son dossier auprès de l'OAI aurait préconisé à l'attention de son employeur le maintien de l'activité lucrative à 70%. Elle a précisé ne pas avoir compris à l'époque la nécessité d'exercer son activité habituelle à 50% et avoir désormais négocié un avenant à son contrat de travail prévoyant la réduction de son taux d'activité à 50% pour un salaire mensuel de 2'486 fr. dès janvier 2011. Elle a joint à son écriture un tirage dudit avenant, conclu le 25 octobre 2010, ainsi que d'un courrier électronique de son employeur daté du 30 juin 2008 relatif à la discussion passée avec l'OAI pour déterminer la diminution du degré d'activité de l'assurée. Elle a

conclu à l'annulation de la décision querellée, requérant au surplus l'allocation d'une demi-rente d'invalidité.

Par décision du 21 février 2011, l'OAI a maintenu la teneur de son projet et prononcé la suppression du quart de rente d'invalidité précédemment octroyé, avec effet le premier jour du deuxième mois suivant sa notification, retenant que l'assurée avait été en mesure de poursuivre son activité habituelle au taux de 70% et qu'elle présentait en conséquence un degré d'invalidité de 30% excluant le droit à une rente.

F. Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a confié une expertise au Département de chirurgie de l'Hôpital L._____.

Les Drs R._____, K._____ et I._____, respectivement médecins adjoints et médecin interne auprès de l'établissement précité, ont rendu leur rapport, établi le 19 juillet 2012, au terme d'une anamnèse complète de l'assurée, d'investigations cliniques et d'une analyse d'ergothérapie pré-professionnelle. Ils ont retenu les diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Lombo-sciatalgies prédominantes à droite, chroniques, persistantes (M54.4).
- Scoliose dorso-lombaire dextro-convexe.
- Discopathies lombaires pluri-étagées.
- Protrusion discale médiale L5-S1.
- Cervicalgies chroniques.
- Dysbalances musculaires des ceintures scapulaire et pelvienne.
- Arthrose modérée du poignet droit, accompagnée d'épicondylalgies depuis environ 5 ans.
- Déconditionnement physique global.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hypotension orthostatique.
- Ostéoporose traitée.
- Status variqueux des membres inférieurs discret.

Sous rubrique « Appréciation du cas et pronostic », ils ont fait état des éléments ci-après :

« Nous sommes en présence d'une assurée de 58 ans, en bonne santé habituelle, mais qui présente depuis 30 ans environ, des

lombalgies chroniques d'origine mécanique dans le contexte d'une importante scoliose dégénérative dorso-lombaire ; celles-ci sont persistantes sur toute la journée, en aggravation par rapport à l'expertise de 2006, et plus marquées à droite qu'à gauche. Ces douleurs ont d'ailleurs obligé [l'assurée] à diminuer spontanément son activité professionnelle de 100 à 80% en 2000 [sic] et, malgré cela, le rendement n'était pas à la hauteur de l'exigence de l'employeur. A noter que depuis la dernière expertise, datant de 2006, les douleurs du poignet droit d'origine dégénérative (arthrose) deviennent de plus en plus invalidantes dans ses activités quotidiennes.

Le status du jour met en évidence une patiente en bon état général, avec une importante scoliose dorso-lombaire entraînant un déséquilibre dans le plan sagittal et coronal, se traduisant par d'importantes contractures para-vertébrales droites sans trouble neurologique associé. Le tonus musculaire du rachis est augmenté et on retrouve au niveau de la région lombaire et du bassin d'importantes contractures des muscles moyens et petits fessiers à droite en rapport avec la bascule du bassin et l'inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la jambe droite. Il y a également un important déconditionnement musculaire et cardio-pulmonaire comme en témoignent les tests fonctionnels réalisés.

Le rapport radiologique effectué par EOS confirme le diagnostic de scoliose dextro-converse dorso-lombaire centré sur TH12 et de troubles dégénératifs multi-étagés.

On retrouve également au status une limitation d'amplitude du poignet droit, associée à un manque de force évident de tout le membre supérieur droit ainsi que des signes de surcharge au coude (épicondylalgies), mais sans trouble sensitif. Le bilan radiologique confirme la présence d'une arthrose modérée au niveau de ce poignet droit.

[L'assurée] est donc extrêmement gênée dans ses activités de la vie quotidienne ainsi que dans son travail par ses douleurs dorso-lombaires au premier plan, mais aussi par son poignet droit.

Le traitement antalgique par Tramal et anti-inflammatoires ne permet de soulager que très légèrement ses douleurs. De nombreux traitements en physiothérapie ont également été entrepris, sans grand succès.

En conclusion, [l'assurée] présente des dorso-lombalgies chroniques invalidantes dans le cadre d'une scoliose dégénérative entraînant un déséquilibre important de la statique du rachis.

Concernant le pronostic, ces lombalgies chroniques sont en aggravation constante depuis de nombreuses années. Le score moyen (32/42) obtenu au Fear Avoidance Belief Questionnaire reflète une attitude de méfiance face au travail, ce qui n'est pas de bon pronostic. L'aspect chronique de ces douleurs est également un facteur de mauvais pronostic ; tout comme l'aggravation de la cypho-scoliose dorso-lombaire.

Les différents bilans physiques et fonctionnels en ergothérapie professionnelle ont montré un déconditionnement musculaire important qui risque de participer de plus en plus à la chronicité de sa pathologie. Pour lutter contre ce déconditionnement on pourrait envisager un traitement intensif en physiothérapie, comme par exemple un programme spécifique du dos de type Prodiges tel qu'effectué à l'Hôpital L._____. La balnéothérapie pourrait également être intégrée à ce traitement. »

S'agissant enfin de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, les experts se sont exprimés comme suit :

« B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique

Au terme de l'évaluation nous retenons des limitations quant au port de charges au-delà de 5kg (1kg pour la main droite), au travail en positions debout et assise prolongées au-delà de 30 minutes, au travail en anté-flexion ou en porte-à-faux du rachis. Par ailleurs, il convient que [l'assurée] puisse effectuer des changements de position fréquents au minimum toutes les 30 minutes.

Au plan psychique et mental

Patiente à risque en raison [de] la chronicité des douleurs de développer des épisodes dépressifs récurrents.

Au plan social

En raison de ses troubles physiques, l'assurée n'a presque plus de relation avec ses amis car ses douleurs l'empêchent de participer à des activités en groupe. Sa vie sociale en est donc fortement perturbée.

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

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

Les troubles susmentionnés empêchent l'assurée de rester en position statique prolongée que ce soit assis[e] ou debout. Ces troubles diminuent aussi sa capacité d'endurance à effectuer des travaux de manutention légère et l'empêchent d'accomplir des travaux de manutention modérée ou lourde.

Au vu des évaluations et des mises en situation décrites dans cette expertise, il apparaît que les tâches professionnelles de l'assurée sont très exigeantes par rapport à ses capacités physiques. [L'assurée] parvient à effectuer les tâches demandées, moyennant des adaptations et en mettant donc plus de temps. Elle travaille malgré ses douleurs et sa fatigue.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

De notre point de vue, fondé sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'évaluation pré-professionnelle ainsi que sur les différents tests effectués, une capacité résiduelle de travail d'au maximum 50%, respectant les limitations susmentionnées, nous semble exigible. Le temps de travail par jour (4h/j) permet à l'assurée d'assumer les tâches professionnelles qui incombent à son poste mais son rendement est diminué (de l'ordre de 20%) du fait de ses douleurs et de son ralentissement moteur. De plus, des pauses (2 x/heure), doivent être réalisables, au besoin.

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

Oui, selon les restrictions mentionnées aux points 2.1 et 2.2.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? si oui dans quelle mesure ?

Oui, il y a une diminution du rendement d'environ 40% (cf. point 2.2).

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

Comme il ressort des différents rapports médicaux jusqu'à présent, l'assurée a décidé de son plein gré de diminuer son activité de travail de 100 à 80% en février 2001 et sur la base de différentes analyses, il paraît évident que cette réduction d'activité était justifiée et aurait mérité d'être attestée médicalement.

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

Au vu du caractère évolutif de l'atteinte, une quantification de l'évolution de l'incapacité de travail n'est pas réalisable a posteriori.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

A 58 ans, avec les plaintes et les limitations en lien avec la pathologie lombaire et celle du poignet droit, une réadaptation professionnelle nous paraît peu envisageable.

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

Probablement pas.

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Eventuellement, en améliorant la condition physique et musculaire de l'expertisée. Pour ce faire, différentes thérapies de médecine physique pourrait être entreprises : enseignement spécifique d'un programme d'étirements musculaires (stretching), thérapies de type Mézières, Pilates ou programme type Prodige au niveau du dos tel qu'effectué à l'Hôpital L._____. La balnéothérapie pourrait également être envisagée pour travailler le reconditionnement physique global.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

L'influence de ces mesures sur la capacité de travail est difficilement prévisible, mais compte tenu de l'aspect chronique des douleurs et de leur importance, il est très peu probable que ces mesures influencent la capacité de travail de l'assurée.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

Oui (cf. point 3.2 ci-dessous).

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 ?

(cf. point 3.2).

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

Toute activité sédentaire, en accord avec le respect des limitations décrites au point B 1) et les différentes adaptations décrites au point B 2.2) pourrait être envisageable. Un maximum de 4 heures par jour nous paraît légitimement admissible.

A noter que nous n'avons pas de nouvelle activité professionnelle à proposer dans ce cadre. ([L'assurée] n'en a pas non plus d'ailleurs).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, de l'ordre de 20%, comme déjà mentionné ci-dessus. [...] »

L'assurée s'est déterminée sur le rapport d'expertise en date du

12 septembre 2012, mettant en exergue l'aggravation de son état de santé et une capacité de travail restreinte à 50% dans toutes activités. Elle a conclu en conséquence à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité.

Quant à l'OAI, il s'est rallié à un avis du SMR, communiqué le 5 septembre 2012 et joint à la prise de position adressée à la Cour de céans le 27 septembre 2012. La Dresse Y. _____, spécialiste en médecine interne et médecine du sport, y a consigné les observations suivantes :

« [...] **Commentaires** : cette expertise nous apporte un nouvel élément, c'est-à-dire l'atteinte du poignet droit de nature dégénérative, ce qui peut poser problème à une droitrière et amène à des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà décrites en 2006 (par rapport au trouble rachidien et des épicondylalgies). L'expertise contient également des tests fonctionnels et une évaluation ergothérapeutique, ce que le SMR n'était pas en mesure de faire. Néanmoins, il faut souligner que beaucoup de ces tests se basent soit sur les dires de l'assurée, soit ils sont dépendants de la motivation, respectivement de la collaboration. L'évaluation des capacités fonctionnelles ne semble pas avoir été contrôlée par la fréquence cardiaque ce qui pourrait justement nous renseigner sur ces éléments.

Si l'on regarde l'expertise actuelle en la comparant avec l'examen de 2006, on se rend compte que l'anamnèse est quasiment la même, que le status ne diffère que très peu (il y a les limitations par rapport au poignet D en plus) et que les nouvelles radiographies

effectuées en 2012, n'apportent rien de nouveau si ce n'est une légère discopathie C4-C5. La liste des diagnostics retenus est pratiquement un copier-coller de celle du Dr S. _____.

Les experts ne font pas ce travail comparatif, ils ne s'expriment pas sur l'évolution clinique et radiologique depuis 2006 ; ils se contentent de dire que « ces douleurs sont en augmentation depuis la dernière expertise médicale en 2006 ».

On est donc très étonné de lire que la capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 50% avec en plus une diminution de rendement de 20% (indication sous point 2.2), respectivement 40% (indication sous 2.4) et 2 pauses/heure. Ceci voudrait dire que l'assurée peut travailler effectivement soit 2h24, soit 3h12, ce qui contraste fortement avec ce qu'elle fait actuellement, c'est-à-dire 6h30 effectifs dans une activité qui est de loin pas adaptée. Même si l'on considère que son rendement ne correspond pas à ses heures de présence et qu'elle travaille probablement au-dessus de ses forces, une telle discordance n'est pas concevable.

Les experts parlent en plus d'épisodes dépressifs récurrents dans le contexte des douleurs chroniques et d'une vie sociale restreinte, mais on ne trouve rien dans l'anamnèse et le status pour l'étayer ; l'assurée n'a pas de traitement psychotrope.

Pour ces raisons, il m'est très difficile de m'aligner aux conclusions de cette expertise qui présente quand-même quelques lacunes, surtout en ce qui concerne l'argumentation. »

Le juge instructeur a transmis ces remarques aux experts judiciaires, lesquels ont complété leur précédent rapport comme suit en date du 22 avril 2013 :

« [...] Par rapport à 2006, les éléments cliniques recueillis auprès de la patiente lors de cette expertise parlent en faveur d'une évolution défavorable avec des douleurs au niveau lombaire plus importantes et une autonomie locomotrice diminuée. [L'assurée] souffrant d'une maladie dégénérative, il nous paraît tout à fait cohérent que son état clinique se soit péjoré depuis 2006 et la radiographie de colonne totale de type EOS réalisée le 13.02.2012 ne peut que confirmer cette évolution défavorable.

Comme souligné dans les deux courriers, un élément nouveau apparaît. Il s'agit d'une arthrose modérée du poignet droit accompagnée d'épicondylalgies, ajoutant ainsi un élément pour justifier cette diminution de la capacité de travail par rapport à 2006. Nos conclusions sont donc maintenues, mais nous allons les reformuler pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté.

De notre point de vue, la capacité de travail résiduelle de l'assurée est de 50% en respectant les limitations mentionnées dans notre expertise et, en raison des douleurs et des pauses nécessaires qui y sont liées, une diminution de rendement de l'ordre de 20% nous paraît raisonnable, et non 40% comme mentionné dans notre expertise.

Comme mentionné au point B 2.6, il nous est impossible de quantifier l'évolution de l'incapacité de travail à posteriori compte tenu du caractère évolutif de l'atteinte. Par conséquent, nous nous prononçons, à la date de l'expertise, soit le 22.02.2012. [...] »

Vu ce complément, l'assurée a persisté dans ses précédentes conclusions par écriture du 27 mai 2013.

L'OAI s'est également déterminé le 30 mai 2013, considérant ne pas être en mesure d'adhérer aux conclusions des experts, ainsi que l'a indiqué le Dr M. _____, médecin auprès du SMR, dans un nouvel avis daté du 21 mai 2013. En particulier, ce praticien a communiqué les remarques suivantes :

« [...] Les experts exposent ensuite que l'évolution naturelle d'une maladie dégénérative va vers une péjoration, ce que nul ne saurait contester. Il s'agit là toutefois d'une généralité ; nous ne savons toujours pas en quoi elle s'applique à notre assurée. Il n'est pas dit quels éléments objectifs du status clinique permettent de confirmer l'aggravation. L'évolution observée sur la radiographie de la colonne totale n'est pas corrélée avec la clinique.

Il est rappelé que l'arthrose du poignet droit est un élément nouveau par rapport à 2006, ce que nous reconnaissons volontiers.

Les experts maintiennent donc une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, soit une capacité résiduelle de 40%. Dans l'incapacité de préciser la date de la péjoration, ils la situent au moment de l'expertise.

La discordance entre cette estimation et le taux auquel [l'assurée] a réellement travaillé n'est toujours pas expliquée. »

Par arrêt du 3 juillet 2014 (cause enregistrée sous la référence AI 91/11 - 171/2014), la Cour de céans a admis le recours ; elle a réformé la décision du 21 février 2011, en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité est reconnu à T. _____ à compter du 1^{er} avril 2011.

Statuant le 22 décembre 2014 (cause n° 9C_642/2014), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par l'OAI contre l'arrêt cantonal qu'il a annulé, tout en confirmant la décision rendue le 21 février 2011. Sur la base des informations médicales au dossier, il a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 70% dans sa profession à compter du 1^{er} juillet 2008 et qu'une diminution de celle-ci n'avait pas été attestée médicalement jusqu'à la date du prononcé litigieux, le 21 février 2011. La Haute Cour a par ailleurs relevé que la réduction du taux d'activité de 70% à 50% à partir du 1^{er} janvier 2011 n'avait pas eu pour effet une baisse de la capacité résiduelle de travail qui aurait dû être prise

en considération du point de vue de l'assurance-invalidité ; aucun élément médical au dossier ne permettait de retenir que cette capacité (hypothétique) de travail ne correspondait plus, dès le 1^{er} janvier 2011, au taux de 70% mis en œuvre par l'assurée jusqu'alors. Ainsi, la capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle qui devait être retenue à partir du 1^{er} juillet 2008 et au-delà du 1^{er} janvier 2011 relevait d'une modification des circonstances par rapport à la situation prévalant au moment de la décision initiale de rente [datée du 18 avril 2008, réd.] où une capacité de travail de 50% avait été admise. L'incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle (considérée par l'OAI comme étant celle dans laquelle l'assurée était la mieux à même de mettre en valeur sa capacité de travail) se confondait avec une incapacité de gain de 30%, insuffisante pour maintenir le droit à un quart de rente. La décision du 21 février 2011, par laquelle le droit à cette prestation avait été supprimé avec effet au 1^{er} avril 2011, était donc conforme au droit. Toutefois, comme les experts de l'Hôpital L. _____ paraissaient retenir une aggravation de l'état de santé de l'assurée postérieurement à la date de la décision du 21 février 2011, il convenait de renvoyer le dossier à l'OAI « pour qu'il examine le changement éventuel de la situation de [l'intéressée] et, le cas échéant, les effets de celui-ci sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité. »

G. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux usuels.

Dans un rapport médical du 15 avril 2015, le Dr P. _____, chiropraticien, a posé les diagnostics – sans effet sur la capacité de travail – de cervicalgies, de dorsalgies et de lombalgies chroniques, traitées par ses soins depuis 2004. Selon lui, la situation ne pouvait qu'empirer sous l'effet conjugué d'une ostéopénie diffuse et d'une arthrose, précisant que les douleurs allaient s'intensifier et que les blocages seraient de plus en plus fréquents. Il a estimé que la capacité de travail n'excédait pas 50% dans l'activité habituelle à condition que le port de charges soit limité.

Le 24 avril 2015, la Dresse W. _____, spécialiste en médecine interne générale, a complété un rapport médical sur formulaire ad hoc à

l'intention de l'OAI. Avec effet sur la capacité de travail, elle a posé les diagnostics suivants :

- troubles dégénératifs et statiques de la colonne lombaire évoluant de longue date avec scoliose lombaire, ostéopénie diffuse et hernie discale L5-S1 gauche,
- polyarthrose diffuse avec arthrose sévère du poignet droit objectivée, en péjoration depuis 2011,
- syndrome de Ménière,
- syndrome du tunnel carpien opéré à droite,
- hypercholestérolémie.

Le constat médical mettait en évidence des raideurs articulaires, des douleurs au poignet droit accompagnées d'une déformation ainsi qu'un blocage sciatalgique. S'agissant du pronostic, la Dresse W._____ a fait état d'une péjoration progressive, tout en retenant une capacité de travail de 50% dans l'activité d'employée de maison. Elle a précisé qu'en présence de troubles dégénératifs, la capacité de travail était appelée à diminuer à long terme. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il convenait de prévoir des pauses en suffisance afin de ménager le dos, le port de charges devant être limité à 10 kg au maximum.

Ensuite de l'avis médical rédigé le 12 août 2015 sous la plume de la Dresse D._____, médecin au SMR, l'OAI a encore recueilli divers avis médicaux.

Le 25 août 2015, la Dresse G._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué n'avoir vu l'assurée qu'à deux reprises, les 6 mai et 28 mai 2013. N'étant dès lors pas en mesure de répondre au questionnaire afin d'évaluer son droit aux prestations, elle a joint à son courrier un rapport du 30 mai 2013, adressé à la Dresse W._____. Elle y retenait les diagnostics suivants :

- hallux valgus bilatéral D > G avec probables surcharges du 2^e rayon,
- cervico-lombalgies D dans le cadre de troubles statiques marqués (scoliose dextro-convexe avec gibbosité),
- ostéopénie,
- douleurs diffuses des mains et des pieds d'horaire mixte,
- hypovitaminose D à substituer,
- status post lombo-pygalgie D chronique et troubles statiques (scoliose lombaire angle de Cobb 20°) et dysbalance musculaire en 2003.

Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail.

Dans un courrier du 12 octobre 2015, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, a signalé n'avoir été consulté par l'assurée qu'une seule fois, en date du 7 août 2012 pour une gêne au niveau de la main droite. L'examen clinique avait révélé une ténosynovite sténosante de l'index et une rhizarthrose. L'examen de la main gauche avait également mis en évidence une rhizarthrose débutante. Dans l'impossibilité de fournir des renseignements complémentaires, il a joint le compte-rendu de l'examen radiologique pratiqué le 20 août 2012 par le Dr E._____, spécialiste en radiologie. Du côté droit, il révélait un important remaniement dégénératif au niveau des articulations scaphotrapézotrapézoïdiennes alors que l'articulation trapézométacarpienne présentait de minimes remaniements dégénératifs. Il était en outre fait mention de la présence d'érosion au niveau du triquetrum et du grand os ainsi qu'au niveau du versant radial de la tête du troisième métacarpien. S'agissant du côté gauche, le Dr E._____ a noté une arthrose scaphotrapézotrapézoïdienne sévère. Il concluait son rapport en relevant que la présence d'érosion au niveau des os du carpe du côté droit ainsi que de la tête du troisième métacarpien droit ne permettait pas d'exclure une polyarthrite rhumatoïde (rapport du 21 août 2012).

Après avoir pris connaissance des dernières pièces médicales versées au dossier, le Dr S. _____ s'est exprimé comme suit en guise de conclusion de son avis médical du 18 juillet 2016 :

« Les pièces médicales réunies postérieurement à la décision du TFA du 03.07.2014 ne sont pas de nature à modifier les conclusions de l'examen du SMRSR et du rapport d'examen SMR qui y a fait suite le 30.05.2006, les Drs P. _____ et W. _____ ne fournissant pas d'éléments cliniques/paracliniques/biomécaniques dûment fondés à leur affirmation que la CT [capacité de travail, réd.] serait limitée à 50% dans une activité adaptée et les Drs G. _____ et Z. _____ ne s'exprimant pas quant à la CT mais ne confirmant non plus pas d'atteinte à la santé incapacitante que les limitations fonctionnelles retenues depuis 2006 ne respecteraient pas. »

Le 20 juillet 2016, l'OAI a informé T. _____ qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que les nouveaux éléments médicaux recueillis ne permettaient pas de retenir une modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail telle que retenue dans sa décision du 21 février 2011. Partant, les conclusions de cette dernière demeuraient toujours valables.

Par pli du 14 septembre 2016, T. _____ a présenté des objections à l'encontre du projet de décision de l'OAI, s'étonnant pour commencer qu'il ne fasse aucune mention des rapports médicaux recueillis à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral. Ce nonobstant, le rapport d'expertise du 19 juillet 2012 retenait une capacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 20% tant dans l'activité habituelle que dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. L'assurée en déduisait que sa situation s'était péjorée postérieurement à la décision du 21 février 2011, de sorte qu'elle estimait avoir droit à une demi-rente d'invalidité, à tout le moins depuis le 22 février 2012, date de l'examen médical pratiqué par les experts de l'Hôpital L. _____. Elle demandait par conséquent à l'OAI de reconsidérer sa position.

Dans son avis médical du 5 octobre 2016, le Dr S. _____ a analysé en ces termes la situation de l'assurée :

« (...) »

On est appelé actuellement à s'exprimer à propos des pièces médicales colligées entre 2011 et 2014 notamment quant à l'expertise judiciaire réalisée à l'Hôpital L. _____ (...). Au terme de leur examen (anamnèse, examen clinique, bilan radiologique) et de tests fonctionnels et d'un bilan d'ergothérapie préprofessionnelle, les experts avaient conclu à une CT [capacité de travail, réd.] de 50% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20%. Cette évaluation différait notablement de l'évaluation de l'OAIVD elle-même basée en particulier sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique effectué au SMRSR le 10.05.2006, au sens d'une CT exigible de 50% dans l'activité habituelle (mal adaptée) et de 80% dans une activité adaptée. Les experts de l'Hôpital L. _____ basaient leurs conclusions sur les atteintes ostéoarticulaires dégénératives rachidiennes et du poignet droit et sur la médiocrité des scores obtenus lors des tests fonctionnels.

En comparant l'examen clinique du SMRSR du 10.05.2006 et celui de l'Hôpital L. _____ du 19.07.2012, hormis l'atteinte au poignet droit qui n'était pas présente en 2006 et qui en 2012 est qualifiée d'arthrose modérée radio-carpienne et médio-carpienne, on constate qu'il n'y a pas de changement significatif ni des mesures cliniques (par définition entachées d'imprécisions) ni de la médication antalgique :

[suit un tableau dans lequel sont reportées diverses données concernant la personne de l'assurée, sa médication et le résultat de mesures cliniques recueillies, aux fins de comparaison, lors de l'examen rhumatologique pratiqué au SMR en 2006 d'une part et lors de l'expertise effectuée à l'Hôpital L. _____ en 2012 d'autre part].

Quant aux tests fonctionnels (comme cela est discuté dans l'avis médical du 05.09.2012 et dans la réplique de l'Hôpital L. _____ du 23.04.2013) ils sont entachés de subjectivité qui - dans le cas particulier - n'est pas évaluable puisque la fréquence cardiaque (seul « marqueur » objectif de l'effort physique consenti), lors desdits tests n'a pas été mesurée. A ce titre, les scores élevés obtenus au questionnaire d'Oswestry et au fear avoidance belief questionnaire parlent pour une influence subjective négative significative.

Ainsi, comme l'a discuté la Dresse Y. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation (Avis médical du 05.09.2012, mentionné ci-dessus), les conclusions de l'expertise ne peuvent pas être reconnues comme absolument probantes. Ceci est également souligné par le Dr M. _____ auquel le dossier avait été soumis en 2013 (Avis médical du 2013).

Conclusion :

1. Entre 2011 et 2014, le seul document médical disponible est l'expertise de médecine physique de l'Hôpital L. _____ du 19.07.2012 dont la discussion présentée ci-dessus ne permet pas de documenter une détérioration significative de l'état de

santé de l'assurée par rapport à ce qui avait été constaté en 2006.

2. Pour rappel, l'avis médical du 18.07.2016 relevait que les pièces médicales versées au dossier postérieurement au Jugement du TCA du 03.07.2014 et à l'Arrêt du TFA du 22.12.2014 ne sont pas de nature à modifier les conclusions de l'instruction du dossier qui avaient conduit à la décision du 21.02.2011. »

Par décision du 7 octobre 2016, l'OAI a entériné son refus d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée. La motivation était identique à celle de son projet du 20 juillet 2016. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections soulevées.

H. Par acte du 7 novembre 2016, T._____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud concluant sous suite de frais à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 22 février 2012. Elle a fait valoir que plusieurs des rapports médicaux recueillis à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral avaient mis en évidence l'existence de troubles dégénératifs au niveau du dos et de la main droite (cf. rapports de la Dresse W._____ du 24 avril 2015 et du Dr E._____ du 21 août 2012). Elle a en outre relevé que le SMR avait admis (cf. avis médical du 12 août 2015) que l'arthrose du poignet droit constatée par les experts de l'Hôpital L._____ et confirmée par la Dresse W._____ constituait une pathologie nouvelle par rapport à celles connues au moment où la décision initiale de suppression de rente avait été rendue, le 21 février 2011. Par ailleurs, si la capacité de travail retenue dans la décision du 21 février 2011 était de 70%, les experts de l'Hôpital L._____ avaient estimé, lors de leur examen du 22 février 2012, que dite capacité n'était plus que de 50%. Outre que ce taux avait été confirmé par les Drs P._____ et W._____, il correspondait à celui auquel elle exerçait à ce jour son activité. L'assurée déduisait de ce qui précède une péjoration de son état de santé, de sorte qu'il était erroné de soutenir qu'il était identique à celui prévalant au moment où la décision du 21 février 2011 avait été rendue.

Dans sa réponse du 5 janvier 2017, l'OAI a rappelé que, dans son arrêt du 22 décembre 2014, le Tribunal fédéral lui avait demandé

d'instruire la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée postérieurement à la décision du 21 février 2011. A cet égard, il a fait remarquer que le SMR avait estimé que les pièces médicales recueillies postérieurement à l'arrêt fédéral n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de son rapport du 30 mai 2006. Les Drs P._____ et W._____ n'avaient pas fourni d'éléments cliniques, paracliniques, biomécaniques fondant leur affirmation selon laquelle la capacité de travail serait limitée à 50% dans une activité adaptée. Les autres médecins consultés n'avaient quant à eux pas confirmé d'atteinte à la santé incapacitante que les limitations fonctionnelles retenues depuis 2006 ne respecteraient pas. Il convenait dès lors d'accorder une entière valeur probante au rapport du Dr S._____ du 10 mai 2006 lequel, se fondant sur un status clinique étayé, expliquait de manière convaincante les raisons pour lesquelles son avis différait des conclusions émises par ses confrères. Partant, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

En réplique du 30 janvier 2017, l'assurée a souligné que, contrairement à ce que soutenait l'OAI, la capacité de travail de 70% retenue par le Tribunal fédéral concernait la période courant jusqu'au 21 février 2011 et non la période postérieure pour laquelle les experts de l'Hôpital L._____ avaient fixé l'exigibilité à 50%. Il était dès lors médicalement établi que sa capacité de travail résiduelle était de 50% à compter du 22 février 2012. Elle a ensuite rappelé que, dans son arrêt du 3 juillet 2014, la Cour de céans avait fait siennes les conclusions des experts de l'Hôpital L._____, lesquelles n'avaient pas été remises en cause par le Tribunal fédéral. Se fondant sur l'avis des experts mandatés par la juridiction cantonale, celui-ci avait par ailleurs admis l'éventualité d'une aggravation de son état de santé postérieurement à la date de la décision du 21 février 2011 et avait renvoyé la cause à l'OAI pour instruction sur ce point. Selon l'assurée, il résultait des rapports médicaux recueillis que les troubles présentés revêtaient un caractère dégénératif et que le pronostic était globalement défavorable, sa capacité de travail n'excédant désormais pas 50%. Ainsi, les éléments au dossier attestaient d'une péjoration de son état de santé depuis le 22 février 2012 à tout le

moins, de sorte que le droit à une demi-rente d'invalidité devait lui être reconnu.

Dupliquant en date du 16 février 2017, l'OAI a tout d'abord rappelé les raisons pour lesquelles le Tribunal fédéral avait retenu une capacité de travail de 70%. Cela étant, le fait que l'assurée ait réduit son temps de travail de 70 à 50% dès le 1^{er} janvier 2011 n'avait pas pour effet une baisse de la capacité de travail car aucun élément médical au dossier ne permettait de retenir que la capacité de travail ne correspondait plus au taux de 70% précédemment effectué par l'intéressée. De plus, l'OAI a souligné que le Tribunal fédéral ne s'était pas prononcé sur la valeur probante de l'expertise de l'Hôpital L._____, de sorte que l'assurée ne pouvait se prévaloir de l'arrêt cantonal pour soutenir que celui-ci était probant. Répétant que l'instruction effectuée n'avait pas permis de retenir une aggravation susceptible de modifier le droit à la rente et renvoyant pour la surplus à son écriture précédente, l'OAI a réitéré sa conclusion tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

S'exprimant une ultime fois par pli du 15 mars 2017, l'assurée a insisté sur le fait que la capacité de travail de 70% telle que retenue par le Tribunal fédéral concernait une période qui n'était pas couverte par l'expertise effectuée à l'Hôpital L._____ au mois de février 2012. Cette dernière se rapportait à une période postérieure à celle de la décision alors litigieuse (du 21 février 2011), pour laquelle une capacité de travail de 70% avait été retenue. Il importait à cet égard peu que le Tribunal fédéral ne se soit pas prononcé sur la valeur probante de l'expertise de l'Hôpital L._____, dès lors qu'il avait retenu que, selon ces mêmes experts, une aggravation de l'état de santé postérieurement à la date de la décision du 21 février 2011 ne pouvait être exclue et qu'il y avait donc lieu d'instruire cette question. L'assurée a ainsi rappelé qu'il ressortait des renseignements médicaux recueillis une péjoration de son état de santé depuis le 22 février 2012 à tout le moins et que, de ce fait, sa capacité de travail s'élevait à 50% au maximum, ce qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 al. 1 LPA-VD), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. La suppression de la rente avec effet au 1^{er} avril 2011 telle que prévue par la décision du 21 février 2011 étant entrée en force à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 22 décembre 2014, la question litigieuse est celle de savoir si une péjoration de l'état de santé de la recourante postérieure à cette date justifie l'allocation de nouvelles prestations et, le cas échéant, dans quelle mesure.

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 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 (première phrase).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Aux termes de l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une augmentation du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une dégradation déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a). 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra

être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2 ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

L'existence de pièces médicales aboutissant à des conclusions apparemment contradictoires ne suffit en soi pas à justifier l'existence d'un doute minime quant à la pertinence d'avis de médecins employés par l'assurance (ATF 135 V 465 ; TF 9C_96/2017 du 3 août 2017 consid. 4.2.6).

5. a) Conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2014, il convient d'examiner si les pièces médicales au dossier rendent compte d'une aggravation de l'état de santé de T._____ à compter du 1^{er} avril 2011.

aa) Dans leur rapport du 19 juillet 2012, les experts de l'Hôpital L._____ ont retenu que l'assurée présentait des dorso-lombalgies chroniques invalidantes dans le cadre d'une scoliose

dégénérative entraînant un déséquilibre important de la statique du rachis. A cela s'ajoutait une arthrose modérée au niveau du poignet droit. Il en résultait une gêne dans les tâches de la vie quotidienne ainsi que dans l'activité professionnelle, imputable aux douleurs dorso-lombaires et à celles affectant le poignet droit. Le 22 avril 2013, ils ont précisé que, comparés à 2006, les éléments cliniques recueillis lors de l'expertise parlaient en faveur d'une évolution défavorable avec des douleurs au niveau lombaire plus importantes et une autonomie locomotrice diminuée. T._____ souffrant d'une maladie dégénérative, il leur paraissait cohérent que son état clinique se soit péjoré depuis 2006, ce que confirmait l'examen radiologique de la totalité de la colonne effectué le 13 février 2012 par le système d'imagerie « EOS » (radiographie à balayage vertical). En outre, la présence d'une arthrose modérée du poignet droit accompagnée d'épicondylalgies justifiait, selon les experts, une diminution de la capacité de travail par rapport à la situation de 2006. L'exigibilité était ainsi fixée à 50% dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles mentionnées avec une diminution de rendement de 20% afin de tenir compte des pauses rendues nécessaires par les douleurs. Dans l'impossibilité de quantifier l'évolution de l'incapacité de travail depuis 2006 compte tenu du caractère évolutif de l'atteinte à la santé, ils ont indiqué que la diminution correspondante de la capacité de travail à 50% prenait effet à la date de l'expertise, soit le 22 février 2012.

bb) Se prononçant sur le rapport d'expertise du 19 juillet 2012, la Dresse Y._____ a relevé (avis médical du 5 septembre 2012) que les médecins de l'Hôpital L._____ avaient mis en évidence un nouvel élément, c'est-à-dire une atteinte du poignet droit de nature dégénérative, susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles retenues en 2006 chez une assurée droitrière. Néanmoins, à lire le rapport, elle a constaté que l'anamnèse était quasiment la même, que le status ne différait que très peu (hormis les limitations au poignet droit), que les nouvelles radiographies effectuées en 2012 n'apportaient rien de nouveau si ce n'est une légère discopathie C4-C5 et que la liste des diagnostics retenus était pratiquement un copier-coller de celle du Dr S._____. Si l'expertise contenait des tests

fonctionnels et une évaluation ergothérapeutique, ce que le SMR n'était pas en mesure de faire, la Dresse Y._____ a souligné que beaucoup de ces tests se basaient soit sur les dires de l'assurée, soit dépendaient de sa motivation, respectivement de sa collaboration. Elle a estimé que l'évaluation des capacités fonctionnelles aurait dû être contrôlée par la fréquence cardiaque, ce qui semblait ne pas avoir été fait. Outre que les experts ne s'étaient pas livrés à un comparatif, ils ne s'étaient pas exprimés sur l'évolution clinique et radiologique depuis 2006, se contentant d'affirmer que les douleurs étaient en augmentation depuis la dernière expertise médicale de 2006. Dans ces conditions, la Dresse Y._____ s'étonnait que la capacité de travail retenue ait été fixée à 50% avec une diminution de rendement de 20%. Les experts ayant maintenu leurs conclusions (cf. complément du 22 avril 2013), le Dr M._____ a constaté que la discordance entre l'estimation des experts et le taux auquel avait réellement œuvré T._____ demeurait inexplicable de sorte qu'il ne pouvait se rallier aux conclusions des experts de l'Hôpital L._____ (avis médical du 21 mai 2013).

b) Dans la mesure où, dans son arrêt du 22 décembre 2014, le Tribunal fédéral a considéré que, selon les experts de l'Hôpital L._____, l'état de santé de T._____ pouvait s'être aggravé postérieurement à la décision du 21 février 2011, il a transmis le dossier à l'OAI afin qu'il examine le changement éventuel de la situation de l'assurée et, le cas échéant, les effets de celui-ci sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

aa) Dans son avis médical du 18 juillet 2016, le Dr S._____ a estimé que les pièces médicales réunies postérieurement à l'arrêt fédéral n'étaient pas de nature à modifier les conclusions de son rapport du 30 mai 2006. Les Drs P._____ et W._____ (rapports des 15 et 24 avril 2015) n'avaient pas fourni d'éléments cliniques, paracliniques biomécaniques fondant leur affirmation selon laquelle la capacité de travail serait limitée à 50% dans une activité adaptée. Les autres médecins consultés (Drs G._____ et Z._____) n'avaient quant à eux pas confirmé d'atteinte à la santé incapacitante que les limitations

fonctionnelles retenues depuis 2006 ne respecteraient pas. Au surplus, ils ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail.

bb) Le 5 octobre 2016, le Dr S._____ s'est à son tour exprimé sur l'expertise de l'Hôpital L._____. Ayant rappelé que les experts fondaient leurs conclusions sur les atteintes ostéoarticulaires dégénératives rachidiennes et du poignet droit ainsi que sur la médiocrité des scores obtenus lors des tests fonctionnels, il a souligné que leur évaluation différait de celle pratiquée par ses soins en 2006. En comparant cet examen et celui effectué à l'Hôpital L._____ en 2012, il a constaté qu'il n'y avait pas de changement significatif, hormis l'atteinte au poignet droit qualifiée d'arthrose modérée radio-carpienne et médio-carpienne. Au moyen d'un tableau comparatif, le Dr S._____ n'a pas non plus mis en évidence de variation notable en ce qui concerne les mesures cliniques et la médication antalgique. S'agissant des tests fonctionnels, il a rappelé, à l'instar de la Dresse Y._____, qu'ils étaient entachés de subjectivité, laquelle n'était pas évaluable puisque la fréquence cardiaque (seul « marqueur » objectif de l'effort physique consenti) n'avait pas été mesurée lors de la réalisation desdits tests. A ce titre, il a fait observer que les scores élevés obtenus au questionnaire d'Oswestry et au fear avoidance belief questionnaire parlaient pour une influence subjective négative significative. Sur la base de son analyse, le Dr S._____ a considéré que l'expertise de l'Hôpital L._____ du 19 juillet 2012 ne permettait pas de documenter une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée par rapport aux constatations effectuées en 2006. Se référant à son avis du 18 juillet 2016, il a encore répété que les pièces médicales versées au dossier postérieurement à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 22 décembre 2014 n'étaient pas de nature à remettre en cause les considérations ayant conduit à la décision du 21 février 2011 supprimant le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité.

c) A la lumière des avis médicaux du SMR, il apparaît que ni les experts de l'Hôpital L._____ ni les médecins traitants ne font état d'élément objectivement vérifiable et suffisamment pertinent permettant de retenir l'existence d'une péjoration de l'état de santé de T._____ à

compter du 1^{er} avril 2011. En l'absence d'élément clinique ou diagnostique, il convient donc de s'en tenir à l'argumentation de l'OAI, respectivement du SMR, pour exclure une aggravation fondant une capacité de travail de 50%. L'appréciation des médecins du SMR repose sur une analyse des pièces à leur disposition. Ils ont eu accès au dossier médical de la recourante (anamnèse) et aux rapports des autres médecins appelés à se prononcer sur son cas. Les conclusions du SMR, en particulier celles figurant dans l'avis médical du Dr S. _____ du 5 octobre 2016, sont claires et convaincantes, bien que succinctement motivées, et ne sont pas valablement mises en doute. Elles ont donc pleine valeur probante.

d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que, dans sa décision du 7 octobre 2016, c'est à juste titre que l'OAI a dénié le droit de T. _____ à une rente d'invalidité, au motif que les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de retenir une modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de gain telle que retenue dans sa décision du 21 février 2011.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 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 être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante, au demeurant non représentée, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 7 octobre 2016 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 T._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme T._____,
- 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 :