

# VD\_FINDINFO AI 76/15 - 41/2017 vom 6. November 2007

VD Tribunal cantonal, 2007-11-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_76\\_15\\_-\\_41\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_76_15_-_41_2017)

FR: VD\_FINDINFO AI 76/15 - 41/2017 du 6 novembre 2007

IT: VD\_FINDINFO AI 76/15 - 41/2017 del 6 novembre 2007

## Regeste

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, RÉVISION{DÉCISION}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI, 88bis al. 2 RAI

## Erwägungen

### E. 4

al. 1 et 28 LAI; 6, 7, 8 et 17 LPGA; 88a et 88bis RAI E n f a i t : A. M.\_\_\_\_\_, née en 1961 (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé en qualité de manutentionnaire pour la société F.\_\_\_\_\_. Elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 80 %) dès le 1 er novembre 1996. B. Par décision du 6 novembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reconsidéré sa décision et supprimé la rente de l'assurée à compter du 1 er janvier 2008 pour le motif que la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée n'avait pas été examinée lors de l'octroi de la rente et qu'il apparaissait, à la suite des investigations médicales menées, que dite capacité de travail était de 80 %, ce qui ramenait le degré d'invalidité à 22,75 %. A la suite du recours formé par l'assurée contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud (Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois depuis le 1 er janvier 2009), une expertise orthopédique a été confiée au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a remis son rapport le 9 mai 2008. Il a posé les diagnostics de : séquelles d'épiphysiolyse sous forme d'une coxarthrose extrusive avancée à gauche, de coxarthrose droite modérément avancée, de lombalgie sur sollicitation exagérée en raison de l'enraidissement de la hanche gauche et de gonalgie bilatérale sur hypersollicitation en raison de l'enraidissement des 2 hanches. Dans ses conclusions, il indiquait notamment ce qui suit : "Madame M.\_\_\_\_\_ présente donc actuellement une coxarthrose G (réd. : gauche) très avancée sur séquelles d'épiphysiolyse et une coxarthrose D (réd. : droite) modérément avancée. Ces troubles dégénératifs engendrent d'importantes douleurs nécessitant la prise d'AINS et empêchant toute activité physique régulière. Même le simple déplacement à plat est limité à moins d'une heure. De plus, l'enraidissement des articulations coxo-fémorales engendre une hyper-sollicitation des articulations intervertébrales lombaires ainsi que des articulations des 2 genoux. Cette hyper-sollicitation provoque des symptômes douloureux relativement invalidants. La flexion maximale de la hanche G de 55° interfère avec la position assise. Pour l'ensemble de ces faits, cette patiente est à l'arrêt de travail actuellement à 100% et ne pourra reprendre une quelconque activité professionnelle, même adaptée à son handicap. En effet, le moindre déplacement, le maintien de la position assise ou debout ne peut être réalisé en raison de l'enraidissement de ses 2 hanches et des symptômes douloureux provoqués par ces troubles

dégénératifs. Cette capacité de travail nulle est à maintenir jusqu'à l'implantation de PTH (réd. : prothèse totale de la hanche) G, voire de la hanche D. Une telle intervention provoquera la suppression des douleurs et suppression de l'enraidissement. On peut s'attendre dès lors à une pleine capacité de travail dans une activité malgré tout sans port de charges." L'expert a répondu comme suit aux questions de l'OAI : "

#### **E. 5**

Depuis l'octroi en 1996 d'une rente invalidité entière, l'état de santé de Madame M. \_\_\_\_\_ s'est-il aggravé? L'aggravation de la situation médicale de Madame M. \_\_\_\_\_ depuis 1996 ne fait pas l'ombre d'un doute. En effet, l'interrogatoire de Madame M. \_\_\_\_\_ révèle une majoration des symptômes douloureux et une régression du périmètre de marche. Ces dires sont étayés par la progression des lésions arthrosiques sur les bilans radiologiques effectués successivement et décrits au point IX de la présente expertise. Le status démontre également une progression de l'enraidissement de la hanche G.

#### **E. 6**

Si oui, dans quelle mesure? On constate une très nette augmentation des symptômes douloureux avec prise quotidienne d'AINS. On note également l'apparition de lombalgies basses et de gonalgies bilatérales liées aux enraidissements des 2 hanches. Le périmètre de marche s'est fortement réduit puisqu'il est maintenant de moins d'une heure. La patiente a développé des douleurs nocturnes qui sont sporadiquement insomniantes.

#### **E. 7**

Quelles sont les limitations fonctionnelles dont souffre actuellement Madame M. \_\_\_\_\_? Madame M. \_\_\_\_\_ ne peut pas marcher plus d'une heure par jour d'affilée. Elle est incapable de rester assise plus d'une heure d'affilée. Elle ne parvient plus à effectuer des soins de pédicure. Elle ne peut plus porter de charges. Madame M. \_\_\_\_\_ ne peut plus effectuer son ménage seule ou faire ses courses seule. Elle est aidée en cela par sa fille et son mari. Elle ne peut plus effectuer seule des soins de pédicure. Elle doit se faire aider par sa fille. Elle ne peut plus pratiquer d'activités physiques, ayant engendré une prise pondérale.

#### **E. 8**

Quelles sont leurs implications sur le quotidien de Madame M. \_\_\_\_\_? Madame M. \_\_\_\_\_ passe ses journées à tricoter ou à lire. Elle doit alterner les positions assise, couchée ou debout. Elle ne peut plus faire son ménage et ses courses seule. Les soins corporels, notamment au niveau des pieds, sont difficiles. Elle doit prendre des AINS de façon quotidienne. Les nuits de Madame M. \_\_\_\_\_ sont régulièrement interrompues en raison des symptômes douloureux. Elle ne peut plus rien porter en raison de ses symptômes douloureux.

#### **E. 9**

Quel type et quel taux d'invalidité en résulte-t-il, médicalement parlant? Madame M. \_\_\_\_\_ est actuellement à un taux d'invalidité de 100%, médicalement parlant. Aucune activité adaptée ne peut être appliquée chez cette patiente, compte-tenu de son handicap. Même si les MS (réd. : membres supérieurs) ne sont pas touchés par ces handicaps, l'impossibilité de rester assise ou debout de longue durée rend toute activité professionnelle impossible.

### **E. 10**

Une péjoration de l'état de santé de Madame M. \_\_\_\_\_ est-elle à prévoir à l'avenir? Non, on peut s'attendre plutôt à une amélioration de la situation, le jour où la patiente se décide pour une intervention avisée de remplacement par une prothèse de l'articulation coxo-fémorale G. Cette intervention, par l'amélioration de la mobilité et la diminution des frottements os contre os, apportera une nette régression des symptômes douloureux aussi bien en relation avec la hanche que les douleurs engendrées par le dos et les genoux.

### **E. 11**

Si oui, dans quelle mesure?

### **E. 12**

Avez-vous autre chose à ajouter? L'invalidité de Madame M. \_\_\_\_\_ est actuellement médicalement à 100%. Cette invalidité pourrait régresser de manière très significative le jour où Madame M. \_\_\_\_\_ sera porteuse d'une PTH G." Dans ses déterminations du 18 juillet 2008, l'OAI a notamment relevé que l'état de santé de l'assurée s'étant aggravé depuis 1996, sa capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité envisagée, le recours devant en conséquence être admis en ce sens que le versement de la rente entière devait être poursuivi au-delà du 1er janvier 2008. Se référant à l'expertise selon laquelle l'implantation d'une prothèse de la hanche gauche, voire de la hanche droite, permettrait la suppression des douleurs et de l'enraidissement, la capacité de travail pouvant dès lors être entière dans une activité adaptée, il a indiqué qu'à l'issue de la procédure de recours, l'examen du dossier serait repris afin de déterminer si une telle intervention était raisonnablement exigible. Par arrêt du 23 juillet 2008 (AI 513/07 – 263/2008), le Tribunal des assurances a admis le recours de l'assurée contre la décision de l'OAI du 6 novembre 2007 et a réformé la décision entreprise en ce sens que le versement de la rente entière d'invalidité se poursuivait au-delà du 1er janvier 2008. Le 9 juillet 2009, le conseil de l'assurée a indiqué à l'OAI que sa mandante adhère aux conclusions de l'expert et qu'elle allait entreprendre l'intervention chirurgicale préconisée. C. Répondant au questionnaire pour la révision de la rente du 26 janvier 2010, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était dégradé depuis 2007, qu'elle avait besoin d'une prothèse totale de la hanche gauche et que l'opération était prévue le 2 mars 2010. Elle a également précisé, sur le formulaire idoine, que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100% en qualité de préparatrice, comme auparavant. Dans un rapport médical adressé le 12 janvier 2011 à l'OAI, le Dr A.K. \_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du Département de l'Appareil Locomoteur (ci-après : DAL) du centre hospitalier E. \_\_\_\_\_ (ci-après : H. \_\_\_\_\_) a indiqué que la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche en raison d'une coxarthrose post-traumatique avait été effectuée le 2 mars 2010 et que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Dans l'anamnèse, il relevait que lors du dernier contrôle, le 9 août 2010, l'évolution était plutôt favorable : la patiente marchait sans canne; elle décrivait encore quelques douleurs lors des marches prolongées au niveau du triceps à gauche, ne prenait plus de traitement ni anti-inflammatoire, ni antalgique et avait fini ses séances de physiothérapie. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le Dr A.K. \_\_\_\_\_ indiquait qu'il fallait éviter les mouvements en flexion-rotation interne de la hanche. Il précisait que, d'un point de vue médical, l'activité habituelle n'était plus exigible puisqu'à l'époque où elle travaillait pour la société F. \_\_\_\_\_, elle s'occupait des arrivages au niveau de la centrale. Dans une activité adaptée plutôt de type sédentaire, il estimait techniquement possible une reprise de travail à plein temps dès le 9 octobre 2010. Dans un rapport du 4 mars 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au DAL, indiquait que la patiente décrivait des douleurs diffuses en profondeur au niveau de la hanche gauche liées à l'activité. Il précisait que la marche s'effectuait avec une boiterie et que les douleurs au niveau de la hanche droite avaient augmenté les derniers mois mais étaient actuellement supportables. Selon lui, le status était superposable au dernier contrôle du mois d'août. Il proposait d'observer la situation et de revoir la patiente dans une année, à moins que les symptômes deviennent insupportables. Dans un rapport intermédiaire du 21 avril 2011 faisant suite à un entretien avec l'assurée, l'OAI a indiqué que l'assurée lui avait rapporté avoir toujours des douleurs à sa hanche gauche malgré la prothèse, celles-ci étant toutefois moins importantes. Elle a précisé qu'elle souffrait également de la hanche droite et que la mise en place d'une prothèse devrait intervenir dans le cours de l'année suivante. L'assurée a ajouté qu'elle présentait des douleurs au rachis, aux cervicales jusque vers les hanches ainsi que dans les genoux. Elle ne pouvait pas marcher plus d'une heure, une heure et quart. Elle s'est déclarée prête à reprendre un emploi et être soulagée d'apprendre que l'OAI l'accompagnerait dans son objectif de reprise d'activité par le programme proposé (mesure d'orientation comprenant la préparation d'un dossier de candidature et la recherche de stage de 3 à 6 mois, suivie d'une formation pratique dans le métier qui aura été déterminé d'une durée de 6 mois maximum et enfin une aide au placement). Par communication du 31 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une mesure d'orientation auprès de la Fondation [...], à savoir un bilan/testing. En ce qui concerne le bilan de cette mesure, l'OAI a notamment indiqué dans un rapport du 22 juillet 2011 que les "pistes adaptées", qui respectaient tant les limitations fonctionnelles que les aptitudes de l'assurée, étaient : ouvrière de production (assemblage d'éléments, travaux fins), ouvrière de conditionnement (domaine pharmaceutique par exemple) et ouvrière dans la confection de textiles (retouches, ourlets, étiquetage,...). Il relevait que dans tous les cas ces professions devaient permettre une alternance des positions, l'assurée devant régulièrement changer de position ou se lever après 30-40 minutes ainsi que cela avait été observé lors de la mesure d'orientation. Relevant que l'assurée souffrait d'un déconditionnement physique important, l'OAI envisageait une forme de réentraînement sous forme de stage dans le cadre d'un atelier, à un taux de 50 % pour une durée d'un mois. Lors de ce stage, l'assurée bénéficierait également du soutien d'un conseiller professionnel pour la recherche d'un stage dans l'économie libre, dans l'un des secteurs susmentionnés. En cas de réussite de ces deux étapes suivraient la formation pratique puis l'aide au placement. Dans un rapport de synthèse établi le 8 septembre 2011, la Fondation [...] indiquait que dans un premier temps un stage en atelier serait mis en place, pouvant éventuellement par la suite se poursuivre en économie libre, afin de mieux appréhender les aptitudes, les limitations physiques et la capacité de l'assurée à exercer des tâches adaptées. Elle mentionnait qu'il avait été défini un mois de stage à 50% en atelier [...] ayant pour objectifs de : " - déterminer les capacités générales de travail (fatigabilité, limitations, douleurs, rendement, résistance, horaires et rythme dans le travail) ; - déterminer de manière générale si l'assurée rencontre des difficultés et lesquelles ; - évaluer la possibilité d'une reprise d'activité dans un premier temps à 50%, pouvant augmenter par la suite - se réhabituer progressivement à la reprise d'une activité régulière " Par communication du 5 septembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) sous la forme d'un stage dans l'atelier [...] du 3 octobre au 4 novembre 2011, l'agent d'exécution étant la Fondation [...]. Il résulte du rapport final du 7 décembre 2011 de cette Fondation que l'assurée a suivi ce stage pendant la durée

prévue avec un jour d'absence pour raison de santé (maux de tête et de dos). Il était notamment relevé que l'assurée avait démontré une attitude positive et engagée à l'égard du processus de réinsertion professionnelle. Ce rapport indiquait en outre ce qui suit : " Synthèse, taux de rendement et plan d'action 1) Capacités générales de travail (fatigabilité, limitations, douleurs, rendement, résistance, horaires et rythme dans le travail) : A l'issue de ce stage, nous constatons que l'environnement de travail (poussière, bruit, saleté due aux matériaux recyclés) et certaines tâches effectuées au sein de l'atelier [...] ne sont pas entièrement adaptées aux conditions de santé de Mme M.\_\_\_\_\_. En effet, elle nous a dit avoir de la difficulté à exercer dans cet atelier, notamment en raison du poids de certains objets qui, même si elle ne les portait pas directement, pouvaient s'avérer lourds à manipuler et à bouger. Mme M.\_\_\_\_\_ nous a également fait part de l'apparition de démangeaisons et de réaction sur sa peau (rougeurs, plaques, etc.). Il semblerait néanmoins que ces apparitions soient antérieures au stage. Par ailleurs, suite à un accroissement de ses douleurs (dos, cervicales, genoux, jambes), elle nous a communiqué avoir augmenté sa prise d'analgésiques. Aussi, des précisions médicales pourraient s'avérer nécessaires. 2) Se réhabituer progressivement à la reprise d'une activité régulière et évaluer la possibilité d'une reprise d'activité dans un premier temps à 50%, pouvant augmenter par la suite Mme M.\_\_\_\_\_ nous a fait part d'une grande fatigue général. Une évaluation sur ce point est peu concluante considérant la durée du stage et le fait qu'elle a été longtemps sans activité. Néanmoins, Mme M.\_\_\_\_\_ ne s'imagine pas pouvoir travailler à plus de 50% considérant ses douleurs. Elle a relevé qu'après une demi[-]journée d'activité, il lui était nécessaire de se reposer l'après-midi afin de pouvoir retravailler le lendemain. Au terme de cette mesure, Mme M.\_\_\_\_\_ a exprimé sa motivation à reprendre une activité et est ouverte à envisager un stage dans une autre entreprise lui permettant d'effectuer des tâches de manutention dans l'industrie légère (par ex., étiquetage, mise en boîte, etc.). La mise en place de cette nouvelle mesure permettra de mieux appréhender ses aptitudes et limitations physiques ainsi que sa capacité à travailler progressivement à 100% dans des tâches plus adaptées. " Par communication du 1 er février 2012, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi de mesures professionnelles au sens de l'article 17 LAI, à savoir la prise en charge des coûts d'un stage de formation, du 6 février 2012 au 2 mars 2012, auprès des Editions [...], à un taux de présence de 50 %. Le 2 février 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que lors de la consultation du même jour, l'assurée décrivait toujours des douleurs au niveau de la hanche droite mais aussi sur la prothèse à gauche, en profondeur. Il a rapporté que sa patiente ne souhaitait pas de traitement chirurgical pour le moment et qu'elle le recontacterait si les douleurs devenaient insupportables. Selon une note de suivi du 8 février 2012, l'assurée n'a fait que deux heures de stage, ayant trop de douleurs dans les membres; elle a demandé à l'OAI de contacter son médecin, le Dr B.\_\_\_\_\_, et à être convoquée pour un examen clinique par le Service médical régional (ci-après : SMR). Selon l'assurée, son état se péjorait et elle ne se sentait pas apte à entreprendre des mesures de réadaptation. Selon le rapport du 16 mars 2012 de la Fondation [...], la mesure qui avait débuté le 6 février 2012 a pris fin le 10 février 2012, l'assurée, qui s'était présentée le 6 février auprès des Editions [...], étant repartie quelques heures plus tard communiquant sa difficulté à effectuer les tâches et l'augmentation de ses douleurs. Dans une proposition/bilan de mesure du 21 décembre 2012, le service de réadaptation de l'OAI a notamment relevé ce qui suit : "Après un contact avec le Dr B.\_\_\_\_\_ il y a quelques semaines, ce dernier nous indiquait qu'il n'y avait pas de nouvelles complications et que la situation médicale de l'assurée ne devait pas l'empêcher d'exercer une activité adaptée à plein temps. De plus, il

rajoutait que Mme M. \_\_\_\_\_ ne lui avait pas fait part de fait[s] nouveaux. Par conséquent, la situation demeure identique à celle que posait le SMR, soit CT (réd. : capacité de travail) 100% dans une activité adaptée. Lors d'un entretien avec Mme M. \_\_\_\_\_ le 21.12.2012 à l'OAI, nous avons expliqué à l'assurée que si elle renonçait aux mesures, nous serions contraints d'activer la procédure de sommation et le cas échéant, de procéder à une approche théorique de gain. Lors de cet entretien, nous avons également proposé à l'assurée de participer à une mesure de gestion de la douleur, dispensée par [...]. Nous avons vraiment le sentiment que le fait d'être centrée sur la douleur coupe toute solution de réadaptation. Lors de cet entretien du 21.11.2011, Mme M. \_\_\_\_\_ nous a demandé la possibilité d'être examinée par le SMR. Nous tenterons cette démarche si les mesures n'aboutissent pas. [...]" Par communication du 21 décembre 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures professionnelles au sens de l'art. 17 LAI, à savoir un cours de gestion du changement et de la douleur du 4 décembre 2012 au 29 mars 2013 auprès de la Fondation [...], le taux de présence étant de 15 heures réparties sur quatre mois. La durée du cours a été prolongée au 30 juin 2013 selon communication du 18 mars 2013. Cette Fondation a établi son rapport final le 31 juillet 2013 dont il résulte notamment que l'assurée ne se montrait pas optimiste en raison de ses douleurs permanentes mais qu'elle s'était montrée ouverte aux techniques de relaxation et aux explications sur l'approche. Elle a considéré que cela lui faisait du bien mais n'avait pas d'effet durable. Finalement, dès lors que l'assurée ne se montrait pas optimiste quant à une amélioration de ses douleurs et qu'elle considérait avoir essayé plein de choses sans effet, il a été convenu de mettre la mesure de gestion de la douleur en veille et de privilégier le stage d'évaluation auprès de l' [...], l'objectif étant de lui permettre de reprendre un rythme de travail et d'évaluer ses compétences sur le terrain. Dans un rapport du 21 janvier 2013 faisant suite à une consultation de l'assurée du même jour, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : " Diagnostics – Antécédents – Interventions - Status post PTH gauche en 2010. - Coxarthrose droite. Anamnèse La patiente décrit toujours les mêmes douleurs au niveau de la hanche gauche. Les douleurs sont très importantes et liées à l'activité. La patiente explique qu'elle n'arrive pas à rester en position assise longtemps, ni être debout longtemps. Status Cicatrice calme. F/E 90/00, rotation int./ext. 10/0/20, douleurs surtout en flexion et rotation interne dans le pli de l'aîne. Douleurs à la palpation péri-trochantérienne. RX bassin de face et hanche axiale de ce jour : prothèse posée avec médialisation de l'offset global. Ossification latérale. Médialisation du centre de rotation. Conclusions, traitement et évolution La prothèse reste douloureuse. Pour l'instant la patiente ne souhaite pas de traitement plus actif. Je n'organise donc pas le bilan par CT, ponction de hanche et scintigraphie. La patiente reprendra contact en cas de besoin." Le 6 mai 2013, ce praticien a posé en plus des diagnostics évoqués dans son précédent rapport ceux de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et d'arthrose de la cheville gauche. Après avoir relevé que l'assurée décrivait toujours des douleurs, surtout dans le pli de l'aîne, face antérieure de la cuisse droite, des genoux et de la cheville gauche, il a indiqué ce qui suit : " Examens réalisés : Ponction hanche gauche du 26.4.13 : stérile. SPECT CT du 12.4.13: pas de signe clair d'un descellement (ne permet pas d'expliquer les douleurs qui ne sont pas tout à fait claires). Pour ma part je pense qu'il y a quand même une possibilité d'un problème mécanique suite à une perte d'offset en comparaison avec la situation pré-opératoire et aux petites ossifications hétérotopiques péri-articulaires. J'ai expliqué à la patiente qu'un changement de prothèse pourrait être réalisé mais avec un pronostic incertain en raison des résultats de toutes ces investigations qui restent un peu vagues. Au vu de la symptomatologie modérée, la patiente

préfère attendre et observer l'évolution. Elle me recontactera si nécessaire. Je lui conseille de refaire une RX de hanche au plus tard dans 4 ans. " Le 6 juin 2013 un "Contrat d'objectifs pour une mesure de réinsertion chez un prestataire" a été passé entre l'OAI, l' [...] et l'assurée. Le type de la mesure était un réentraînement progressif. La mesure de réinsertion débutait le 5 juin 2013 pour se terminer le 5 décembre 2013. Par communication du 12 juin 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais liés à un reconditionnement du 5 juin au 5 décembre 2013 auprès d' [...]. Le 1<sup>er</sup> juillet 2013, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un certificat médical mentionnant une incapacité de travail du 2 au 9 juillet 2013, puis au 15 juillet. Selon une note du 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'assurée était toujours absente lors du stage chez [...] depuis le 19 août 2013 au bénéfice d'un certificat médical. Il était relevé qu'elle était très volontaire mais limitée par ses limitations fonctionnelles. Dans un rapport final daté du 15 novembre 2013, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé l'échec de la mise en place de plusieurs mesures. Il a rappelé que lors du premier stage, l'assurée n'avait été présente que 2 heures sur un mois, qu'en ce qui concerne la mesure d'entraînement progressif, l'assurée était en arrêt depuis le 2 juillet, ce qui représentait une présence d'environ un mois sur les six prévus. En l'état, il concluait qu'il ne pouvait plus mettre en place d'autres mesures en réadaptation et qu'il transmettait le dossier au gestionnaire en lui communiquant les éléments économiques. Compte tenu d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée, il ne retenait aucun préjudice économique, le revenu sans invalidité s'élevant à 44'350 fr. en 2013 et avec invalidité à 45'738 fr. 80. Le 6 février 2014, le Dr A. \_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire de révision de l'OAI. Il a indiqué qu'actuellement, aucun temps de présence de l'assurée n'était exigible et qu'une augmentation du temps de présence et une préparation à des mesures professionnelles par le biais de mesures n'étaient ni possibles, ni exigibles. Il a précisé que l'assurée souhaitait reprendre son activité dès que possible mais en était empêchée par la douleur. Il a mentionné avoir constaté depuis son suivi que l'assurée était algique, et une boiterie (lombosciatalgies S1 à gauche), les symptômes étant des arthralgies diverses et des douleurs d'allure mixte surtout mécaniques. Comme indications subjectives de l'assurée, il faisait état d'arthralgies invalidantes (deux hanches, deux genoux, lombalgies et deux chevilles). Comme diagnostics objectifs, il a mentionné un status post PTH gauche, une gonarthrose droite avec lésion méniscale latérale (fémoro-patellaire), des lombalgies chroniques, une obésité (BMI 33,69) et une coxarthrose droite. En relevant que l'assurée n'avait plus travaillé depuis des années, il a indiqué que sa capacité de travail était de 50 %, tout en précisant qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle objectivable. Estimant le pronostic en principe favorable, il a proposé une évaluation rhumatologique. Dans un avis médical SMR du 5 mars 2014, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a relevé notamment ce qui suit : "Il s'agit d'une révision d'office d'une demi-rente depuis 1990 et entière dès 1996, accordée à une assurée de 52 ans en novembre 1996 pour une coxarthrose bilatérale plus prononcée à G d'origine post-traumatique. L'assurée est sans formation professionnelle a travaillé comme manutentionnaire chez F. \_\_\_\_\_. Dans son RM du 21.06.2010 le Dr A.K. \_\_\_\_\_ orthopédiste mentionne que l'assurée a bénéficié de la mise en place d'une PTH G le 02.03.2010. Ce médecin certifie (cf RM du 12.01.2011) que l'assurée peut reprendre dans une activité adaptée aux mesures d'épargne des hanches, à 100% dès le 09.10.2010. Dans sa lettre de consultation du 06.05.2010 le Dr B. \_\_\_\_\_ orthopédiste au H. \_\_\_\_\_ retient des coxalgies G suite à une PTH en 2010, une coxarthrose, des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale ainsi qu'une arthrose de la

cheville G. Les douleurs sont décrites comme modérées et l'assurée choisit une attitude conservatrice, les résultats d'un changement de prothèse ayant un pronostic incertain. Ce spécialiste ne se prononce pas sur la CT. Dans le rapport final REA du 15.11.2013 on mentionne l'échec de la mise en place de plusieurs mesures (stages et MR d'entraînement progressif). Dans son RM du 06.02.2014 le Dr A. \_\_\_\_\_ orthopédiste traitant retient un status post-PTH, une gonarthrose D avec lésion méniscale bilatérale; des lombalgies chroniques ainsi qu'une coxarthrose D. Ce spécialiste atteste une CT de 50% dans une activité adaptée. En suivant le RM de Dr A.K. \_\_\_\_\_ nous retenons une amélioration de l'état de santé, ce médecin attestant une CT médico-théorique totale dans une activité adaptée dès le 09.10.2010. Des mesures de réadaptation ont échoué pour des raisons principalement non médicales. Nous conseillons une approche théorique. Tant le Dr B. \_\_\_\_\_ que le Dr A. \_\_\_\_\_ mentionnent des atteintes orthopédiques à la santé multiples, potentiellement incapacitantes. Le pronostic est à notre avis réservé. Nous suivons le Dr A. \_\_\_\_\_ et retenons une CT de 50% dans une activité adaptée dès le 06.02.2014, date du rapport du Dr A. \_\_\_\_\_. Les LF sont : pas de port de charge de plus de 5 kg; activité légère principalement assise avec possibilité de changer de position assis/debout toutes les 1/2 heures; pas d'activité en porte-à-faux avec le rachis lombaire." Dans son rapport final du 17 mars 2014, le spécialiste en réinsertion professionnelle a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle selon l'avis SMR du 19 juin 2008, que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% selon l'avis SMR du 5 mars 2014, que le revenu sans invalidité se serait élevé à 48'844 fr. en 2013, selon le courrier de l'employeur du 26 septembre 2006 (salaire 1990 indexé à 2013), que le revenu avec invalidité s'élevait à 24'214 fr. en 2013 selon le calcul basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), que le préjudice économique se montait par conséquent à 24'630 fr. ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 50 %. Par projet de décision du 23 décembre 2014, l'OAI a remplacé la rente entière d'invalidité versée à l'assurée par une demi-rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré qu'à la suite de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que selon l'appréciation médicale du 6 février 2014 de son médecin traitant le Dr A. \_\_\_\_\_, avis confirmé par le SMR, l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, activité légère principalement assise avec possibilité de changer de position assis/debout toutes les demies heures, pas d'activité en porte-à-faux avec le rachis lombaire. L'assurée n'ayant pas repris d'activité professionnelle, l'OAI a procédé à une approche médico-théorique qui a abouti à un degré d'invalidité de 50,43 %, arrondi à 50 % après avoir tenu compte d'un taux d'abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Une décision datée du 24 février 2015 a confirmé le projet de décision ci-dessus mentionné. D. Par acte de son conseil, Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, du 26 mars 2015, M. \_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision du 24 février 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation, la recourante continuant à bénéficier d'une rente entière conformément à la décision du 1 er novembre 1996. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle fait valoir en substance que la mise en place d'une prothèse de la hanche gauche en 2010 n'a pas permis d'améliorer son état de santé comme escompté puisqu'elle présente d'autres atteintes à la santé, notamment des troubles statiques, sous la forme de scoliose dorso-lombaire en S inversé, compensée avec une importante hyperlordose lombaire avec

des flèches sagittales. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas considéré son état de santé dans sa globalité et de s'être contenté de l'avis du médecin orthopédique au sujet de la hanche uniquement. Par réponse du 1<sup>er</sup> juin 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève en particulier ce qui suit : "En l'occurrence, dans le cadre de la procédure de révision concernée, débutée suite à la pose d'une prothèse de hanche gauche médicalement exigible de l'assurée, ont été produites des pièces médicales la concernant, exposant l'évolution de l'intervention ainsi que les conséquences de cette dernière sur l'aptitude au travail de la recourante (cf. rapports des 21 juin 2010 et 12 janvier 2011 du Dr A.K. \_\_\_\_\_ du Département de l'appareil locomoteur du H. \_\_\_\_\_, les récrits des 4 mars 2011, 2 février 2012, 21 janvier 2013 et 6 mai 2013 du Dr B. \_\_\_\_\_ du Service d'orthopédie et traumatologie du H. \_\_\_\_\_ et le rapport du 6 février 2014 du Dr A. \_\_\_\_\_, orthopédiste traitant de l'assurée. Le Service médical régional (SMR) s'est d'ailleurs prononcé sur la situation médicale de l'intéressée présentée par les médecins qu'elle a consultés, après qu'ait été constaté l'échec des mesures de nouvelle réadaptation mises en place par nos services en vertu de l'art. 8a LAI [...] dans un avis du 5 mars 2014. Ce service retient une capacité de travail de 50%, dès février 2014, dans une activité qui soit adaptée à sa problématique orthopédique, à savoir un poste n'impliquant pas de port de charges de plus de 5 kg, qui soit léger et exercé principalement de manière assise avec possibilité de changer de position assis/debout toutes les demi-heures et, enfin, ne nécessitant pas des tâches accomplies en porte-à-faux. Cette conclusion repose sur les observations médicales de l'orthopédiste qui s'occupe du suivi du cas de la concernée. Il ne saurait dès lors nous être reproché de nous être fondé sur l'appréciation de ce professionnel, sans plus amples investigations. Nous ajoutons que, contrairement à ce qu'affirme la recourante, les limites précitées permettent d'épargner son rachis lombaire si bien que l'exercice à mi-temps d'une activité les respectant demeure tout à fait exigible de sa part. [...]" Par réplique du 10 septembre 2015, la recourante a fait valoir qu'elle avait chuté à deux reprises en précisant que la dernière fois elle avait été hospitalisée auprès du Département de l'appareil locomoteur. Elle a produit le rapport médical en rapport avec cet événement et fait valoir qu'en plus des limitations fonctionnelles établies par les pièces produites à l'appui de son recours, un nouveau problème venait se greffer sur son membre inférieur gauche. Elle a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans sa duplique du 28 septembre 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Il relève principalement que le rapport médical dont se prévaut la recourante pour alléguer de nouvelles limitations fonctionnelles à la suite d'une chute fait état d'une situation survenue à une période postérieure à la décision contestée du 24 février 2015. Il considère qu'il n'a par conséquent pas à être pris en compte dans la présente procédure (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). E. La recourante a produit, avec sa réplique, le rapport médical établi le 26 août 2015 par le Prof [...], chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du H. \_\_\_\_\_, qui atteste que l'intéressée a été hospitalisée dans son service du 21 au 26 août 2015 à la suite d'une "chute dans les escaliers mouillés avec réception sur les fesses et chute de 4 marches". Il indique que les radiographies effectuées aux urgences n'ont pas mis en évidence de fracture. Il pose les diagnostics notamment de status post PTH gauche en 2010 pour arthrose post-traumatique avec coxalgies gauches chroniques depuis, de coxarthrose droite d'arthrose de la cheville gauche, de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et de suspicion d'un syndrome métabolique. La patiente se plaignant principalement de douleurs au niveau des adducteurs, une physiothérapie de rééducation à la marche ainsi qu'un traitement antalgique ont été

prescrits, avec une bonne évolution qui a permis son retour à domicile 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 la LAI (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, ATF 125 V 368 consid. 2 et ATF 112 V 372 consid. 2b; cf. TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b, TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1, TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre au maintien de sa rente entière d'invalidité, ou si, comme le soutient l'intimé pour fonder sa décision de réduire son droit aux prestations d'invalidité à une demi-rente, si son état de santé et sa capacité de travail se sont améliorés depuis le 6 novembre 2007. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C\_702/2013 du 16 décembre 2013, consid. 3.4.2 et 9C\_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C\_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, 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 en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références). d) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire 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 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1). 4. a) En l'espèce, le 6 novembre 2007 une rente entière avait continué à être allouée à la recourante qui souffrait alors d'une coxarthrose gauche très avancée sur séquelles d'épiphysiolyse et d'une coxarthrose droite modérément avancée, ces troubles dégénératifs engendrant d'importantes douleurs nécessitant la prise d'AINS et empêchant toute activité physique régulière, même le simple déplacement à plat étant limité à moins d'une heure. L'expert J. \_\_\_\_\_ estimait dès lors la capacité de travail nulle à maintenir jusqu'à l'implantation d'une prothèse totale de la hanche gauche, voire de la hanche droite. Il était d'avis qu'une telle intervention provoquerait la suppression des douleurs et la suppression de l'enraidissement. Selon lui, on pouvait s'attendre dès lors à une pleine capacité de travail dans une activité malgré tout sans port de charges. La pose d'une prothèse totale de la hanche gauche a été effectuée le 2 mars 2010. Le 12 janvier 2011, le Dr A.K. \_\_\_\_\_ relevait que lors du dernier contrôle, le 9 août 2010, l'évolution était plutôt favorable, la patiente marchant sans canne et décrivait encore quelques douleurs lors des marches prolongées au niveau du triceps à gauche. Dans une activité adaptée plutôt de type sédentaire, il estimait techniquement possible une reprise de travail à plein temps dès le 9 octobre 2010. Le 4 mars 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_ indiquait que la patiente décrivait des douleurs diffuses en profondeur au niveau de la hanche gauche liées à l'activité. Il précisait que la marche s'effectuait avec une boiterie et que les douleurs au niveau de la hanche droite avaient augmenté les derniers mois mais étaient actuellement supportables. Il estimait

toutefois que le status était superposable au dernier contrôle du mois d'août. Le 6 mai 2013, ce praticien a posé en plus des diagnostics indiqués dans son précédent rapport ceux de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et d'arthrose de la cheville gauche et pensait qu'il y avait quand même une possibilité d'un problème mécanique. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail. Quant au Dr A. \_\_\_\_\_, il a indiqué le 6 février 2014 d'une part qu'aucun temps de présence de la recourante n'était exigible et qu'une augmentation du temps de présence ainsi qu'une préparation à des mesures professionnelles n'étaient ni possibles, ni exigibles. D'autre part, il mentionne une capacité de travail de 50 %, et aucune limitation fonctionnelle objectivable. Ses conclusions sont ainsi totalement contradictoires. Le Dr A. \_\_\_\_\_, qui avait d'ailleurs établi des certificats d'incapacité de travail totale de la recourante lors du stage auprès d' [...], ne donne aucune explication permettant de comprendre son estimation. Ses conclusions ne sauraient donc être suivies. Il en va de même de celles du Dr S. \_\_\_\_\_ qui se fondent sur l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ pour déterminer la capacité de travail de la recourante. Ce praticien indique en outre que les mesures de réadaptation ont échoué pour des raisons principalement non médicales sans expliquer sur quel élément repose cette appréciation. Il n'est ainsi pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état du dossier. b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_16212007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes sur le plan médical, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique notamment au sens de l'art. 44 LPGA. d) Au surplus, il y a lieu d'ajouter que dans un arrêt 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées

comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement que sauf exceptions, une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (cf. également TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2). De telles exceptions ont par exemple été admises lorsque l'assuré avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas de longue période d'éloignement professionnel (cf. TF 9C\_292/2015 du 27 janvier 2016 consid. 5.2 et 8C\_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 et les références) ou lorsqu'il disposait d'une agilité particulière et était bien intégré dans l'environnement social (cf. TF 9C\_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5, 9C\_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3 et la référence). Le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55 e année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). La recourante étant au bénéfice d'une rente depuis plus de quinze ans, il appartiendra à l'OAI, pour autant qu'une capacité de travail relevante de celle-ci soit établie, de lui octroyer de telles mesures. Il en avait d'ailleurs octroyées précédemment. En cas de refus de la recourante, il y aura lieu d'appliquer l'art. 43 al. 3 LPGA. 5. Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 24 février 2015 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. a) 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'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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires, fixés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1, 91 et 99 LPA-VD). b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter au regard de l'ampleur et de la complexité de la cause à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55, 91 et 99 LPA-VD) .

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.