

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 578 vom 13. September 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-09-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_578](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__578)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 578 du 13 septembre 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 578 del 13 settembre 2012

### **Regeste**

AI{ASSURANCE}, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 31**

janvier et 21 février 2011. Le premier de ces rapports exposait que le lupus de l'assurée semblait bien stabilisé cliniquement, mais que cette dernière présentait par contre des douleurs de type fibromyalgie comme on en observait fréquemment dans les lupus, même en l'absence de toute activité inflammatoire biologique; ce syndrome fibromyalgique secondaire était accompagné par des épisodes d'angoisse et de panique ainsi que par une difficulté à gérer la vie quotidienne et l'éducation des enfants. Le second rapport, consécutif à des examens de laboratoire, mentionnait que le lupus était à nouveau actif avec « une VS élevée, un abaissement de C3 et C4, une protéinurie discrète avec un sédiment urinaire normal », et qu'il faudrait peut-être envisager une biopsie rénale en fonction de l'évolution de la protéinurie. Aux termes d'un compte-rendu du 13 avril 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chronique et d'asthénie sur lupus érythémateux disséminé. Il a relevé que l'assurée était restée stable depuis les précédents rapports, avec un état anxio-dépressif chronique limitant fortement sa capacité de s'occuper de son ménage et contre-indiquant une activité professionnelle. Il a ajouté que l'intéressée ne présentait aucun trouble physique à l'heure actuelle, notamment aucune arthralgie. Il a pronostiqué un statu quo à long terme et a pour le surplus renvoyé aux anciens rapports concernant l'assurée, dont il a par ailleurs produit le plan de traitement. Par avis médical SMR du 15 juin 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que selon les médecins de l'Unité de psychiatrie I.\_\_\_\_\_, la situation n'avait pas beaucoup changé en quelque deux ans, et qu'aucun élément nouveau ne permettait de défendre une péjoration de la situation psychiatrique. Il a observé en outre que les diagnostics étaient superposables à ceux évoqués dans le rapport médical du 21 février 2008 qui avait été pris en compte par le SMR dans son avis du 11 août 2008. Cela étant, il a conclu que la situation était similaire à celle qui prévalait en février 2008 et que l'état de santé psychique était donc stationnaire depuis la dernière décision AI. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé qu'aux dires de la Dresse M.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était toujours de 50% dans une activité adaptée. Dans ces conditions, il a retenu que la capacité de travail demeurerait inchangée depuis la dernière décision AI. Le 30 juin 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'augmentation de sa rente d'invalidité. Pour l'essentiel, l'office a retenu que les éléments apportés ne permettaient pas de prendre en compte une aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée et que la capacité de travail demeurerait fixée à 50% dans une activité adaptée. L'OAI a considéré que compte tenu d'un degré d'invalidité

s'élevant toujours à 55%, l'assurée devait donc continuer à bénéficier d'une demi-rente AI. Par écrit du 2 septembre 2011 rédigé par son mandataire, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a relevé que le taux d'invalidité de 55% reconnu par la décision du 16 janvier 2009 reposait uniquement sur les conclusions de l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_, en particulier sur la capacité de travail de 50% retenue par ce médecin sur le plan psychiatrique. Elle a soutenu que si la situation était restée stable depuis lors au niveau psychiatrique, son état de santé s'était en revanche aggravé sous l'angle rhumatologique. A ce propos, elle a fait valoir que la Dresse M. \_\_\_\_\_ avait mentionné de nouvelles atteintes somatiques (activité inflammatoire due à la réactivation du lupus, atteinte rénale et fibromyalgie) et signalé une incapacité de travail de 50% sur le plan strictement rhumatologique sans avoir pu quantifier la composante psychiatrique. Aussi, compte tenu d'une incapacité de travail de 50% au niveau psychique depuis le mois de juillet 2002 et de 50% sous l'angle somatique à compter de l'année 2010, l'assurée a considéré qu'elle présentait désormais une totale incapacité de travail justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Par décision du 13 décembre 2011, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 30 juin 2011, tout en se référant pour le surplus à un courrier explicatif du même jour faisant partie intégrante de sa décision, et dont on extrait ce qui suit : "Concernant l'atteinte psychiatrique, vous admettez que, sur la base des pièces médicales, cette dernière est stable. Par conséquent, la capacité de travail de 50% est toujours justifiée. Concernant l'atteinte somatique, la situation se serait aggravée et justifierait à elle seule une incapacité de travail de 50%. Sur ce qui précède, vous avez conclu à une incapacité de travail complète en cumulant les deux incapacités de travail de 50%. A ce propos, nous vous rappelons que selon la jurisprudence (voir I 846/05, du 24 mai 2006), la capacité de travail est appréciée globalement en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé. Il est donc [exclu] que nous puissions pratiquer de la manière que vous nous avez proposé. Par conséquent, votre contestation ne nous apporte aucun fait nouveau nous permettant de modifier notre position. Notre projet du 1<sup>er</sup> juillet 2011 [recte : 30 juin 2011] est fondé et doit être entièrement confirmé." F. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 9 janvier 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique). En substance, l'intéressée réitère l'argumentation développée dans son écriture du 2 septembre 2011, concernant l'aggravation de ses troubles rhumatologiques depuis la décision du 16 janvier 2009. Plus particulièrement, elle rappelle que la Dresse M. \_\_\_\_\_ a mentionné de nouvelles atteintes (activité inflammatoire due à la réactivation du lupus, atteinte rénale et fibromyalgie) justifiant depuis fin 2010 une incapacité de travail de 50% d'un point de vue strictement rhumatologique. Cela étant, elle reproche à l'office intimé de ne pas avoir procédé aux mesures d'instruction idoines pour obtenir une appréciation globale de la capacité de travail, et considère qu'en l'absence d'un avis médical permettant d'évaluer la situation dans son ensemble, le SMR ne pouvait conclure à une capacité résiduelle de travail inchangée depuis 2009. La recourante soutient par ailleurs que ce service s'est écarté sans motivation de l'avis de la Dresse M. \_\_\_\_\_, et qu'il n'a pas apporté de justification permettant de comprendre pourquoi les nouvelles atteintes somatiques ne devraient pas être tenues pour invalidantes. L'assurée estime de surcroît que ses troubles psychiques et somatiques entraînent des limitations spécifiques dans l'exercice d'une activité lucrative et que ces limitations doivent – en partie du moins – s'additionner. Au vu de ces éléments, elle

fait valoir qu'elle présente une incapacité totale de travailler justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement qu'une expertise pluridisciplinaire s'impose afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et de gain. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 24 février 2012. Il relève en particulier qu'à l'exception de la Dresse M. \_\_\_\_\_ qui évoque une possible aggravation du lupus avec une probable atteinte rénale débutante, l'ensemble des médecins consultés est d'avis que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié. Compte tenu de la très faible vraisemblance d'une aggravation de l'état de santé de cette dernière, l'office intimé estime qu'il ne se justifie pas de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Répliquant le 20 mars 2012, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions. Dans sa duplique du 5 avril 2012, l'OAI confirme sa position. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

4. Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ou lorsqu'un tel changement a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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 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, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; TF 9C\_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

5. En l'espèce, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente AI du 16 janvier 2009, justifiant une augmentation de cette prestation. a) Sous l'angle psychique, la décision du 16 janvier 2009 était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2005, complété le 30 mars

2006. De l'avis de cet expert, la recourante souffrait de dysthymie, de boulimie nerveuse, de personnalité histrionique à traits obsessionnels, et de douleurs chroniques dans le cadre d'un lupus érythémateux disséminé alors sans activité inflammatoire. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a par ailleurs considéré que l'intéressée conservait une capacité de travail de 50%, compte tenu non seulement de la dysthymie, mais également du trouble de la personnalité, de l'impact des effets secondaires en relation avec le traitement, de la faible capacité d'adaptation psychologique aux troubles rhumatologiques, ainsi que des complications somato-psychiques liées au lupus érythémateux disséminé. Sur le plan somatique, il convient de rappeler que, le 7 octobre 2005, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait un lupus érythémateux disséminé alors tout à fait inactif sur les plans biologique et clinique, mais que, comme tant de patientes affectées par cette maladie, l'intéressée évoquait une fatigue importante avec arthralgies et myalgies persistant malgré tous les traitements médicamenteux, situation que l'on pouvait assimiler à « une fibromyalgie secondaire ». De son côté, le Dr R. \_\_\_\_\_ a précisé, par avis du 28 juin 2006, que la notion de fibromyalgie secondaire évoquée par la Dresse M. \_\_\_\_\_ était un concept abandonné pour éviter de confondre un tableau symptomatique de douleurs articulaires et/ou musculaires avec fatigue sans fondement organique (« vraie » fibromyalgie) et un tableau symptomatique analogue greffé – par exemple – sur une collagénose. Au cas particulier, il a considéré qu'au vu de l'ensemble des éléments médicaux, la capacité de travail de l'assurée était amputée de manière significative par la collagénose sous-jacente, certes quiescente mais sous traitement, et que si les 30% à 50% d'incapacité de travail mentionnés dans les précédents rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ étaient certes trop imprécis pour être utilisés tels quels, ils ne pouvaient cependant être occultés. Par ailleurs, le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment produit des résultats d'examens radiologiques du dos de l'assurée. Sur la base de ces différents paramètres, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a établi un rapport d'examen SMR le 29 juin 2006. Elle a retenu les atteintes principales à la santé de lupus érythémateux disséminé (avec syndrome des anti-phospholipides) et de dysthymie, et a mentionné une boulimie nerveuse et une personnalité histrionique à titre de pathologies associées du ressort de l'AI. Se référant plus particulièrement à l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_, elle a relevé que ce n'était pas parce que le lupus était quiescent qu'il ne retentissait pas sur la capacité de travail et que s'y ajoutait encore le problème psychique (cf. rapport d'examen SMR du 29 juin 2006 p. 2). Cela étant, elle a fixé le taux d'incapacité de travail à 30% dès l'année 2000, puis à 50% dès le mois de juillet 2002. Le 11 août 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la situation n'avait pas évolué depuis le rapport d'examen de juin 2006. Quant à l'OAI, il s'est rallié à l'appréciation de son service médical dans sa décision d'octroi de rente du 16 janvier 2009. Cette décision a ensuite été confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 2 septembre 2010, retenant notamment que l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et que les troubles somatiques de l'intéressée avait été pris en compte de manière adéquate. b) Dans le cadre de la présente procédure, l'OAI considère que la situation est demeurée inchangée depuis la décision du 16 janvier 2009 et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante. Celle-ci conteste cette appréciation, se prévalant d'une dégradation de son état de santé sur le plan somatique. aa) Tant l'office intimé (cf. avis médical SMR du Dr B. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2011) que la recourante (cf. objections du 2 septembre 2011 p. 12, premier paragraphe, et mémoire de recours du 9 janvier 2012 p. 14, premier paragraphe) reconnaissent l'absence d'évolution notable sous l'angle psychique. Ce point n'est donc pas contesté. Au demeurant, on rappellera que dans leur rapport du 28 février 2011, le Dr N. \_\_\_\_\_ et la psychologue

T. \_\_\_\_\_ ont observé que l'intéressée ne semblait pas avoir beaucoup changé en quelque deux ans et qu'il n'y avait aucun élément nouveau permettant de défendre une péjoration de sa situation psychiatrique. Par rapport du 24 mars 2011, ils ont retenu les atteintes psychiques incapacitantes d'anxiété généralisée, de phobies spécifiques, de traits dépendants histrioniques, et d'accès boulimiques. Ils ont en outre précisé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que son fonctionnement demeurerait stable sur le plan psychique, et que l'incapacité de travail était totale « à l'extérieur de la maison », respectivement qu'il n'existait pas de possibilité de travail adapté. Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il a indiqué, le 13 avril 2011, que l'intéressée présentait un trouble anxio-dépressif chronique demeuré stable depuis les précédents rapports, mais contre-indiquant l'exercice d'une activité professionnelle. A l'examen de ces différents avis médicaux, il apparaît que l'état de santé de l'assurée est demeuré stable sur le plan psychique, singulièrement que sa situation psychiatrique n'a pas connu de modification significative depuis la décision du 16 janvier 2009. Partant, en l'absence de toute circonstance nouvelle sur le plan psychique, il s'ensuit que la capacité résiduelle de travail fixée à 50% par l'expert psychiatre Z. \_\_\_\_\_ est toujours d'actualité. A cet égard, on ne saurait suivre l'opinion contraire des Drs N. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_, selon lesquels l'exercice d'une activité professionnelle ne serait pas exigible. En effet, il s'agit là d'une appréciation différente d'un état de faits identique, laquelle ne peut constituer un motif de révision (cf. consid. 4 supra). Dans ces conditions, il faut donc retenir qu'il n'y a pas lieu à révision en ce qui concerne les atteintes psychiques présentées par l'assurée. bb) Sur le plan somatique, la recourante se prévaut d'une péjoration de son état de santé eu égard à trois nouvelles pathologies qu'aurait constatées la Dresse M. \_\_\_\_\_, à savoir une activité inflammatoire due à la réactivation du lupus érythémateux disséminé, une atteinte rénale et une fibromyalgie (cf. mémoire de recours du 9 janvier 2012 p. 14). A ce propos, il apparaît qu'en date du 31 janvier 2011, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a constaté que le lupus de l'assurée semblait bien stabilisé cliniquement, celle-ci présentant toutefois des douleurs relevant d'un syndrome fibromyalgique secondaire, avec des épisodes d'angoisse et de panique ainsi qu'une difficulté à gérer la vie quotidienne et l'éducation des enfants. Suite à des examens de laboratoire, ce médecin a indiqué, le 21 février 2011, que le lupus était à nouveau actif avec notamment une discrète protéinurie, en raison de laquelle il faudrait peut-être envisager une biopsie rénale. En outre, il est ressorti des renseignements recueillis par l'Unité de psychiatrie I. \_\_\_\_\_ courant février 2011 que la Dresse M. \_\_\_\_\_ signalait un lupus actuellement un peu plus actif, avec de petits signes d'atteinte rénale débutante (cf. rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_ du 28 février 2011 p. 2). Enfin, le 12 avril 2011, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a évoqué une possible aggravation du lupus érythémateux disséminé avec une probable atteinte rénale débutante; en guise de limitations fonctionnelles, elle a signalé une fatigue plus ou moins continue ainsi que des poussées fluctuantes d'arthralgies et d'arthrite. Cela étant, force est de constater que les rapports de la Dresse M. \_\_\_\_\_ ne témoignent d'aucun changement notable des circonstances. Tout d'abord, les observations de cette rhumatologue ne permettent en rien d'inférer que le lupus de l'assurée se serait réactivé dans une mesure susceptible de modifier significativement et durablement la situation sous l'angle somatique. Au contraire, selon les indications fournies par cette spécialiste sur requête de l'Unité de psychiatrie I. \_\_\_\_\_, le lupus ne serait qu'un peu plus actif, ce qui dénote une évolution par conséquent minime. Il appert également que c'est de manière hypothétique et sans aucune motivation claire et objective que la Dresse M. \_\_\_\_\_ a mentionné une possible aggravation du lupus dans son rapport du 12 avril

2011, aggravation qui n'est dès lors pas suffisamment établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, pour emporter la conviction de la Cour de céans. Pour ce qui est de la probable atteinte rénale évoquée par la Dresse M. \_\_\_\_\_, il s'agit là encore d'un trouble qui n'est pas signalé de manière catégorique. A cela s'ajoute que l'existence de cette affection n'a en définitive pas été confirmée à ce jour. Dès lors, la présente autorité ne peut en tenir compte. Tout au plus convient-il d'ajouter à cet égard qu'en l'état du dossier, la discrète protéinurie observée par la Dresse M. \_\_\_\_\_ ne saurait à elle seule être considérée comme incapacitante. Concernant enfin les douleurs de type fibromyalgie relevées par cette spécialiste, elles n'ont rien de nouveau. On rappellera sur ce point que la Dresse M. \_\_\_\_\_ en avait déjà fait état dans son compte-rendu du 7 octobre 2005, et qu'interpellé sur le sujet, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait précisé que le concept de fibromyalgie secondaire utilisé par cette dernière avait été abandonné pour éviter de confondre la vraie fibromyalgie avec un tableau symptomatique analogue greffé sur une collagénose. Sous l'angle de la révision, cet élément n'est donc pas pertinent. C'est le lieu de souligner, au surplus, que dans son rapport du 12 avril 2011, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a mentionné des limitations fonctionnelles physiques essentiellement superposables à celles retenues lors de la procédure initiale d'octroi de rente (cf. rapport d'examen SMR de la Dresse X. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2006), ce qui plaide en faveur d'une situation inchangée sur le plan physique. A l'aune des différents éléments qui précèdent, force est de constater que l'appréciation de la Dresse M. \_\_\_\_\_ ne comporte aucun indice concret allant dans le sens d'une évolution significative des troubles somatiques de l'assurée depuis la décision du 16 janvier 2009. Pour le reste, les informations recueillies courant février 2011 par l'Unité de psychiatrie I. \_\_\_\_\_ ont mis en exergue que l'intéressée ne présentait aucune atteinte objectivée sous l'angle ophtalmologique, et que, de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ – selon lequel le lupus était toujours stable, contrairement à l'opinion de la Dresse M. \_\_\_\_\_ –, aucune péjoration particulière n'était à signaler (cf. rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la psychologue T. \_\_\_\_\_ du 28 février 2011 p. 2). A noter en outre que, le 13 avril 2011, le médecin traitant a précisé que la situation demeurait stable depuis les précédents rapports, et que, nonobstant un diagnostic d'asthénie sur lupus érythémateux disséminé, il n'y avait aucun trouble physique à l'heure actuelle, notamment aucune arthralgie. Rien dans ces divers avis n'atteste d'un changement important sous l'angle somatique. A la lumière des considérations qui précèdent, il y a lieu de conclure à l'absence d'évolution notable de l'état de santé de la recourante sur le plan physique et, partant, au défaut de toute circonstance nouvelle susceptible d'entraîner une modification de la capacité de travail sous l'angle somatique. Peu importe, à ce propos, que la Dresse M. \_\_\_\_\_ ait considéré le 12 avril 2011 que, sur le plan rhumatologique pur et sans égard à la composante psychique, l'intéressée présentait une capacité résiduelle de travail de 50% comme esthéticienne. En effet, il faut rappeler que dans le cadre de la procédure initiale d'octroi de rente, « l'expert Z. \_\_\_\_\_ n'a pas ignoré les complications liées au lupus érythémateux disséminé dans son évaluation psychiatrique » (cf. arrêt CASSO du 2 septembre 2010 consid. 2d), et que, par rapport d'examen SMR du 29 juin 2006 fondé sur l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ mais également sur l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2006, selon lequel le lupus érythémateux disséminé de l'assurée amputait significativement sa capacité de travail, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a dûment pris en compte l'impact des affections physiques sur la capacité de travail de la recourante, appréciation ultérieurement reprise par l'OAI et confirmée par la Cour de céans. Faute de changement notable des circonstances, cette appréciation demeure donc toujours valable à l'heure actuelle. Au surplus, on rappellera que l'évaluation différente d'un état de faits

identique ne peut constituer un motif de révision (cf. consid. 4 supra). Cela étant, il n'y a donc pas matière à révision sur le plan physique. c) C'est ici le lieu de souligner lorsqu'un assuré souffre de plusieurs atteintes à la santé, le degré d'incapacité de travail résultant des divers empêchements doit faire l'objet d'une appréciation médicale globale. Il ne peut être établi en partant d'une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant des empêchements fonctionnels et des atteintes à la santé pris séparément (cf. Valterio, op. cit., n° 1218 p. 337; cf. également TF 8C\_117/2009 du 30 octobre 2009 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il s'ensuit que contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire de recours du 9 janvier 2012 p. 12, 2<sup>ème</sup> paragraphe), les incapacités de travail retenues sur les plans physique et psychique ne peuvent se cumuler de quelque manière que ce soit. En effet, on ne voit pas que l'incapacité de travail de 50% en raison des limitations psychiques ne puisse pas simultanément apaiser la contrainte physique engendrée par l'exercice d'une profession adaptée (cf. dans le même sens : TFA I 846/05 du 25 mai 2006 consid. 6). d) Au vu des circonstances de l'espèce et compte tenu notamment de l'absence d'une modification significative de l'état de santé de la recourante, c'est donc à juste titre que l'OAI, dans la décision dont est recours, a maintenu une capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiques de l'assurée, et confirmé l'allocation d'une demi-rente AI basée sur un degré d'invalidité de 55%. Cela étant, il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, telle que requise subsidiairement par la recourante afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et de gain. 6. a) En conclusion, le recours 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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