

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1961, a travaillé comme employée d'exploitation pour le Centre hospitalier A. _____ depuis le mois de novembre 1992 jusqu'en 2004, en dernier lieu au taux d'activité de 60 %. De 1999 à 2004, elle a aussi œuvré dans la même fonction pour B. _____ à raison de 47 heures par mois. Elle a également travaillé entre février 2003 et janvier 2004 comme concierge pour C. _____ à raison de 20 heures par mois.

Le 16 septembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale, un pincement des disques au niveau des vertèbres L5-S1, une sciatique et des douleurs au niveau des vertèbres cervicales.

Le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assurée au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) le 30 août 2006. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques persistantes, de sévère discopathie au niveau des vertèbres L5-S1 avec suspicion de micro-instabilité, de discopathie au niveau des vertèbres L4-L5 et de cervicalgies communes. Ils ont exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant. S'agissant de la capacité de travail, les Drs D. _____ et E. _____ ont estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner une 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 8 kg ; aucun travail en porte-à-faux statique du tronc ; pas de travail s'effectuant sur des engins vibrants), ils ont retenu que la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 80 %.

Par décision du 21 août 2009, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 12 octobre 2004 sur la base d'un degré d'invalidité de 53 %. En substance, il a retenu, sur la base de l'examen rhumatologique et psychiatrique susmentionné, que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a arrêté le revenu sans invalidité à 74'387 fr. sur la base des données récoltées auprès des employeurs de l'assurée et celui avec invalidité à 34'980 fr. 95 sur la base des données statistiques pour les activités simples et répétitives dans le secteur privé et d'un abattement de 10 % justifié par les limitations fonctionnelles.

Cette décision est entrée en force.

B. L'assurée a déposé une première demande de révision le 16 avril 2010 en se prévalant d'une augmentation de l'arthrose dans les doigts et les cervicales, ainsi que de douleurs aux omoplates et aux bras.

Le 5 avril 2012, le Prof. F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant, a rapporté un état stationnaire. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose lombaire au niveau des vertèbres L4-L5 avec saillie discale sans compression radiculaire, d'arthrose au niveau des vertèbres L5-S1, de cervicarthrose pluriétagée et d'état douloureux chronique touchant les mains, les régions cervicale et lombaire, ainsi que le bras droit. Sans effet sur l'activité professionnelle, il a retenu une surcharge pondérale. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que l'activité habituelle de femme de ménage était encore exigible et que le rendement était probablement réduit, ceci sans plus ample précision. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Prof. F._____ a retenu la nécessité d'alterner les positions et a exclu la marche prolongée en terrain irrégulier, les activités demandant de se pencher, de monter et de descendre des escaliers et des échafaudages, ainsi que de porter des

charges. Il a en outre retenu que la capacité de résistance était limitée. En annexe à son rapport, il a transmis à l'OAI les documents suivants :

- Un rapport d'IRM lombaire du 18 mai 2004 du Dr G._____, spécialiste en radiologie, qui retenait une arthrose interépineuse active au niveau des vertèbres L3-L4 et discrète au niveau des vertèbres L2-L3, une saillie discale centrale avec une petite déchirure annulaire au niveau des vertèbres L4-L5 et un remaniement dégénératif disco-vertébral au niveau des vertèbres L5-S1.
- Un rapport d'IRM cervicale du 1^{er} novembre 2007 du Dr G._____, qui indiquait des altérations dégénératives discales étagées au niveau des vertèbres C3-C4, C4-C5 et C6-C7, prédominant à ce dernier niveau où elles s'associaient à des altérations dégénératives osseuses intersomatiques antérieures, postérieures, ainsi qu'à une uncarthrose bilatérale, exerçant une légère empreinte sur la face antérieure du cordon médullaire, sans néanmoins créer de conflit de racine ni de canal étroit.
- Un rapport d'IRM des mains et des poignets du 21 septembre 2007 de la Dre H._____, spécialiste en radiologie, qui montrait une discrète arthropathie dégénérative des articulations interphalangiennes des deuxième et troisième rayons de la main droite.

Le 23 avril 2012, la Dre I._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies, de brachialgies et de scapulalgies droites, de lombalgies et de sciatalgies droites, ainsi que de syndrome du canal carpien bilatéral, ce dernier étant peu sévère. Elle a relaté des difficultés à se laver, à s'habiller, et à faire les travaux habituels du ménage. La Dre I._____ a estimé que sa patiente était incapable de travailler dans l'activité de femme de ménage et

qu'aucune activité ne permettait d'améliorer la capacité de travail en raison d'un syndrome douloureux chronifié.

Le 31 mai 2012, le Dr J._____, médecin au SMR, a estimé que l'état de santé de l'assurée était inchangé par rapport au dernier avis et que la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles étaient les mêmes. Il a retenu qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis du Prof. F._____ qui mentionnait une capacité de travail dans l'activité de femme de ménage du fait que ce praticien exerçait un suivi régulier. Il a également observé que tant le Prof. F._____ que la Dre I._____ qualifiaient l'état de santé de stable et que son évolution n'était pas défavorable.

Par communication du 5 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée du maintien de sa rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 53 % inchangé.

Le 26 novembre 2012, l'assurée s'est opposée à la communication du 5 novembre 2012. Dans le cadre de cette contestation, elle a notamment produit un rapport du Prof. F._____ du 20 novembre 2012 qui retenait que les diagnostics précédemment évoqués restaient d'actualité, à savoir une arthrose débutante des doigts, une arthrose au niveau lombaire et une arthrose au niveau cervical à plusieurs niveaux.

Le 14 mars 2013, l'OAI a confirmé sa communication du 5 novembre 2012.

Cette décision est entrée en force.

C. Le 14 mai 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de révision, complétée le 3 juin 2013 par l'envoi du formulaire ad hoc, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé. A cette occasion, elle a produit :

- Un rapport de radiographies de la colonne cervicale et de l'épaule droite du 4 avril 2013 du Dr K._____, spécialiste en radiologie, indiquant une cervicarthrose isolée au niveau des vertèbres C6-C7 avec un discret pincement intersomatique et une ostéophytose marginale, ainsi qu'une discrète sclérose sus-trochantérienne pouvant entrer dans le cadre d'un conflit sous-acromial.

- Un rapport d'examen IRM du 15 avril 2013 de la Dre L._____, spécialiste en radiologie, montrant une déchirure complète du tendon supra- et infraépineux accompagnée d'une atrophie et d'une infiltration graisseuse marquée de grade III, une migration crâniale de la tête humérale, une arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire avec ostéophytose au bord inférieur et une tendinopathie sans signe de déchirure du tendon sous-scapulaire.

- Un rapport du Prof. F._____, du 15 avril 2013 qui constatait à l'examen clinique une mobilisation mal aisée de l'épaule droite en raison d'une hyperalgie au moindre mouvement de rotation de la tête ou d'abduction du bras droit. Il a retenu une discrète cervicarthrose au niveau des vertèbres C6-C7 et une discrète sclérose sus-trochantérienne avec un possible conflit sous-acromial au niveau de l'épaule droite, excluant de plus graves atteintes et une indication chirurgicale. Le Prof. F._____ indiquait encore que sa patiente refusait une physiothérapie, de crainte d'aggraver son état de santé, et des infiltrations.

L'OAI a réinterrogé le Prof. F._____ et la Dre I._____.

Le 18 juin 2013, le Prof. F._____ a indiqué que les IRM montraient une arthrose lombaire basse sans hernie discale (mai 2004), une arthrose cervicale avec des protrusions discales sans hernie discale (novembre 2007). En 2007 encore, l'IRM des mains montrait une discrète

arthropathie dégénérative de la main droite. Au niveau de l'épaule droite, une déchirure complète du tendon supra et infraépineux avec une ascension crâniale de la tête humérale et une arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire ressortaient de l'IRM du 15 avril 2013. Il a estimé qu'une augmentation du taux d'activité et une préparation à des mesures professionnelles étaient possibles et exigibles. Le Prof. F._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « travaux en position assise sans port de charge dépassant 5 kilos. Possibilité de se lever 1x/heure durant 10 minutes ».

Quant à la Dre I._____, elle a rapporté le 2 septembre 2013 que l'assurée n'était plus suivie à sa consultation et ne souffrait pas de pathologie neurologique.

Le 24 septembre 2013, le Prof. F._____ a précisé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en raison de la périarthropathie de l'épaule droite et des lésions tendineuses, ceci depuis plusieurs années. Il a estimé à 50 % la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un avis du 17 avril 2014, le Dr M._____, médecin au SMR a retenu que les limitations fonctionnelles ne s'étaient pas modifiées de manière significative. Il a confirmé les capacités de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée retenues par le Prof. D._____ dans son rapport du 24 septembre 2013. Il a listé comme il suit les limitations fonctionnelles : « *activité semi-sédentaire principalement en position assise, sans port de charges lourdes supérieures à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir le coude droit au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine vibrante de la main droite.* »

Dans un avis complémentaire du 27 juin 2014, le Dr M. _____ a précisé, sur la base de l'appréciation du Prof. F. _____, que si l'état de santé s'était modifié du fait des problèmes apparus à l'épaule droite, ceux-ci étaient sans conséquence sur l'exigibilité d'une activité adaptée.

Par projet de décision du 4 août 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'augmenter la demi-rente d'invalidité.

Le 1^{er} septembre 2014, l'assurée a contesté ce projet.

Par décision du 9 février 2015 et motivation séparée du même jour, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité au motif qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier les limitations fonctionnelles affectant l'assurée. En substance, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 3 avril 2014. Il a retenu que, sur la base des rapports du Prof. F. _____, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière en 2013, ceci malgré les atteintes à l'épaule droite apparues au mois d'avril 2013, sans conséquence sur l'exigibilité d'une activité adaptée.

Cette décision est entrée en force.

Le 17 mars 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du Prof. F. _____. Ce dernier évoquait que la force de préhension de la main à droite était « *effondrée* » et « *très faible* ». Il estimait que la lésion de la coiffe des rotateurs identifiée lors de l'IRM de l'épaule droite de 2013, « *pourrait bien expliquer* » la douleur et la faiblesse lorsque sa patiente abaissait l'épaule. Il a rapporté que sa patiente ne s'estimait « *pas être capable de travailler à 100 % dans un travail adapté* ».

D. Le 11 septembre 2018, l'assurée a déposé une troisième demande de révision de sa rente. Elle a invoqué une aggravation de son état de santé et produit un rapport du 30 avril 2018 du Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, un rapport du 9 juillet 2018 du Dr O. _____, spécialiste en radiologie, et un rapport

du 21 août 2018 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

Dans son rapport du 30 avril 2018, le Dr N._____ a posé les diagnostics de dyspnée sans origine pneumologique décelable, de douleur thoracique d'origine pariétale probable et d'obésité (BMI de 30,8). Il a exclu une origine pneumologique à la dyspnée ressentie, incriminant la surcharge pondérale et la diminution de l'activité physique consécutive à ses douleurs. Il a laissé au médecin traitant le soin de décider d'éventuelles investigations cardiologiques.

Le Dr O._____ a observé dans son rapport d'IRM du 9 juillet 2018 des troubles statiques sur disco-spondylarthrose cervicale pluriétagée avec une hernie discale prédominante médiane au niveau des vertèbres C4-C5, plus modérée au niveau des vertèbres C3-C4, C5-C6 et C6-C7, des protrusions discales pluriétagées au niveau des vertèbres L1-L2, L3-L4, L4-L5, ainsi qu'une spondylo-discarthrose non-inflammatoire de type Modic II au niveau des vertèbres L5-S1. Il n'a pas identifié de conflit majeur sur le fourreau dural ou radiculaire ni de lésion du cordon médullaire.

Quant au Dr P._____, il a confirmé dans son rapport du 21 août 2018 que l'IRM du 9 juillet 2018 faisait état de discopathies étagées au niveau cervical et lombaire sans signe de conflit radiculaire ni de rétrécissement du canal. Il a estimé que le problème principal relevait d'un déconditionnement musculaire général et du rachis en particulier. Il a recommandé d'éviter les traitements invasifs et de commencer un programme de rééducation active globale. Il a relaté des lombalgies et des cervicalgies chroniques, ainsi que, depuis 2012 environ, des douleurs de l'épaule droite qui était au maximum épargnée. Le Dr P._____ a en outre rapporté un « *comportement douloureux démonstratif et une épargne caricaturale du membre supérieur droit, du rachis dans sa globalité et du membre inférieur droit* ».

Le 21 septembre 2018, la Dre Q._____, médecin au SMR, a estimé que les rapports susmentionnés ne mettaient pas en évidence de diagnostic supplémentaire et que la situation médicale était inchangée.

Par projet de décision du 25 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter la nouvelle demande de prestations, au motif qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier les limitations fonctionnelles actuelles et le droit à la rente partielle (degré d'invalidité de 53 %).

Le 8 octobre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a notamment produit un rapport du 29 octobre 2018 de son médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a rappelé que l'assurée était atteinte d'une sévère discopathie au niveau des vertèbres L5-S1 et d'une discopathie au niveau des vertèbres L4-L5. Il a ajouté qu'un syndrome de la coiffe des rotateurs était apparu en 2013. Celui-ci se surajoutait au problème dorsal, limitant ses mouvements et entraînant un déconditionnement musculaire général et du rachis en particulier. Il a estimé que l'IRM du 9 juillet 2018 montrait une « évolution des troubles statiques connus » avec une hernie discale prédominante médiane au niveau des vertèbres C4-C5 et plus modérée au niveau des vertèbres C3-C4, C5-C6 et C6-C7 « *qui n'existait pas à l'époque* ». Il a demandé à ce que le projet de décision soit révisé du fait de l'aggravation du cas.

A la lumière de ce nouveau rapport, la Dre Q._____ a retenu le 5 décembre 2018 que Dr R._____ ne faisait pas état de nouveaux éléments. Elle a relevé que les IRM des 4 et 15 avril 2013 et la consultation rhumatologique (IRM du 9 juillet 2018 et rapport du Dr P._____ du 21 août 2018) figuraient déjà au dossier, concluant que son précédent avis du 21 septembre 2018 restait valable.

Par décision du 11 décembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 25 septembre 2018. Par motivation séparée du même jour, il a expliqué, se référant à l'avis SMR du 5 décembre 2018, qu'aucun

élément soumis dans le cadre de la procédure d'audition n'était susceptible de remettre en cause ledit projet.

E. Z._____ a recouru le 14 janvier 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 11 décembre 2018, concluant implicitement à la révision de la rente. En substance, la recourante s'est référée aux rapports du 21 août 2018 du Dr P._____ et du 29 octobre 2018 du Dr R._____. Elle a fait valoir que ces examens médicaux attestaient d'une aggravation de son état de santé physique, au niveau de l'épaule droite, des lombaires et des cervicales, atteintes qui n'avaient pas été constatées en 2004.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a proposé son rejet par réponse du 12 mars 2019, se référant en particulier aux avis SMR des 24 septembre et 5 décembre 2018. En substance, l'intimé a considéré qu'entre la décision du 9 février 2015, entrée en force, et celle du 11 décembre 2018, rien n'attestait d'une aggravation significative de l'état de santé se répercutant sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Par réplique du 16 avril 2019, la recourante a confirmé ses conclusions et joint à son mémoire deux CD-Roms d'imageries réalisées par le Dr O._____ (IRM des 21 février et 9 juillet 2018). Elle a allégué que sa santé s'était dégradée comme en attestaient les imageries susmentionnées et soutenu que sa capacité de travail dans une activité adaptée s'en trouvait affectée de manière significative.

Dans sa duplique du 14 mai 2019, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il a notamment précisé que les IRM des 21 février et 9 juillet 2018 avaient fait l'objet de deux rapports médicaux dont le SMR avait déjà tenu compte dans son dernier avis du 5 décembre 2018.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur la révision du droit à la rente de la recourante, singulièrement sur le refus prononcé par l'intimé le 11 décembre 2018 d'augmenter la demi-rente d'invalidité qui lui est allouée depuis le 12 octobre 2004 selon la décision du 21 août 2009.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 (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.

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves inscrit à l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de

prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, la recourante se plaint d'une péjoration de son état de santé sous forme de douleurs à l'épaule, d'aggravation des lombalgies et des cervicalgies qui n'existaient pas, selon elle, lors des examens effectués entre 2003 et 2006 sur lesquels l'intimé s'était fondé pour lui octroyer une demi-rente.

Elle perd toutefois de vue que, suite à sa demande de révision déposée au mois de mai 2013, l'intimé a repris l'instruction de son dossier et a prononcé une nouvelle décision le 9 février 2015, refusant d'augmenter la rente servie, décision contre laquelle l'intéressée n'a au demeurant pas fait recours. Il convient ainsi de déterminer si une aggravation substantielle de l'état de santé de la recourante s'est produite depuis la précédente décision statuant au fond sur son droit à la rente, à savoir celle du 9 février 2015, par laquelle l'intimé a maintenu une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 53 %.

b) aa) La dernière décision du 9 février 2015 entrée en force est fondée sur les rapports des médecins traitants de la recourante. En ce qui concerne le volet rhumatologique, le Prof. F. _____ retenait, sur la base des imageries à sa disposition, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthrose lombaire basse sans hernie discale (IRM lombaire du 18 mai 2004), d'arthrose cervicale avec des protrusions discales, mais sans hernie discale (IRM cervicale du 1^{er} novembre 2007), de discrète arthropathie dégénérative de la main droite (IRM des mains et des poignets du 21 septembre 2007) et, au niveau de l'épaule, de déchirure complète du tendon supra et infraépineux avec une ascension crâniale de la tête humérale et une arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire (IRM de l'épaule droite du 15 avril 2013 et radiographies de la colonne cervicale et de l'épaule droite du 4 avril 2013). A l'examen clinique, le Prof. F. _____ observait une

mobilisation mal aisée de l'épaule droite en raison d'une hyperalgie au moindre mouvement de rotation de la tête ou d'abduction du bras droit. Il rapportait en outre que sa patiente refusait les infiltrations et la physiothérapie proposées (rapport du 15 avril 2013). S'agissant de la capacité de travail, le Prof. F._____ l'estimait à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée (rapport du 24 septembre 2013) pour laquelle des mesures professionnelles étaient possibles et exigibles (rapport du 18 juin 2013).

La décision du 9 février 2015 prenait ainsi déjà en compte l'atteinte à l'épaule droite qui n'était toutefois pas propre à influencer la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, les limitations fonctionnelles admises pour le rachis dans le cadre des décisions des 21 août 2009 et 14 mars 2013 (rapport d'examen SMR du 30 août 2006 ; rapport du 5 avril 2012 du Prof. F._____ ; avis SMR du 31 mai 2012) se recoupaient avec celles qui relevaient de l'atteinte à l'épaule droite (rapport du 18 juin 2013 du Prof. F._____ ; avis SMR du 17 avril 2014).

Sur le plan neurologique, la Dre I._____, qui avait examiné la recourante par le passé (rapport du 23 avril 2012), a rappelé qu'elle excluait une atteinte à la santé dans son domaine de spécialité (rapport du 2 septembre 2013).

bb) Les rapports médicaux qui figurent au dossier après la décision du 9 février 2015 ne permettent pas d'admettre une aggravation substantielle de l'état de santé de la recourante comme le prétend cette dernière.

Dans son rapport du 17 mars 2015, le Prof. F._____ a certes évoqué un effondrement de la force de préhension de la main droite et même de la main gauche. Il s'est toutefois référé aux IRM des 1^{er} novembre 2007 (altérations dégénératives discales étagées au niveau des vertèbres C3-C4, C4-C5 et C6-C7) et du 15 avril 2013 (omalgies), soit à des éléments qui figuraient déjà au dossier lors du prononcé de la décision du 9 février 2015. On constate aussi qu'il n'a pas proposé de plus

amples examens après avoir examiné sa patiente. S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, il n'a pas fait état d'une évolution, ne faisant que relayer les plaintes de sa patiente (« *Elle n'estime pas être capable de travailler à 100% dans un travail adapté* »).

La recourante a bénéficié de nouveaux examens durant l'été 2018. Le 21 août 2018, sur la base du nouvel examen par IRM du 9 juillet 2018, le Dr P._____, a confirmé les discopathies étagées au niveau cervical et lombaire sans signe de conflit radiculaire ni de rétrécissement du canal. L'analyse de l'imagerie faite par ce rhumatologue est parfaitement superposable aux conclusions du Prof. F._____ (rapports des 5 avril et 20 novembre 2012, 15 avril et 18 juin 2013 ; voir aussi IRM lombaire du 18 mai 2004, IRM cervicale du 1^{er} novembre 2007 et radiographies de la colonne cervicale et de l'épaule droite du 4 avril 2013) ; les diagnostics sont les mêmes. Le Dr P._____ n'a pas décelé de problème neurologique et n'a pas recommandé de plus amples investigations sur ce plan. Il a estimé que le problème principal relevait d'un déconditionnement musculaire général et du rachis en particulier, recommandant la mise en œuvre d'un programme de rééducation active globale, étant rappelé que la recourante avait refusé la proposition de physiothérapie du Prof. F._____ par le passé (rapport du 15 avril 2013). Le Dr P._____ a en outre rapporté un « *comportement douloureux démonstratif et une épargne caricaturale du membre supérieur droit, du rachis dans sa globalité et du membre inférieur droit* ». Or, un tel constat n'est pas compatible avec une aggravation de l'état de santé de la recourante. En ce qui concerne l'arthrose des doigts, ce spécialiste n'a pas relevé de plaintes spécifiques, de sorte que son rapport est rassurant.

Il convient de rappeler que le Dr P._____ a analysé les imageries à sa disposition, soit notamment celles produites par la recourante en réplique. Disposant de son rapport, ainsi que des rapports d'imagerie, la Dre Q._____ a établi son ultime avis SMR en toute connaissance de cause, et en particulier sur la base de l'appréciation du rhumatologue traitant, ceci sans la remettre en cause.

Le déconditionnement musculaire général mis en évidence par le Dr P._____ doit aussi être mis en parallèle avec la surcharge pondérale et la diminution de l'activité physique rapportées par le Dr N._____. Selon ce pneumologue, ces éléments expliquaient les douleurs thoraciques et la dyspnée ressenties, à l'exclusion d'une pathologie pneumologique (rapport du 30 avril 2018). En tout état de cause, ce spécialiste n'a évoqué aucune piste qui nécessiterait de compléter l'instruction sous l'angle de sa spécialité.

Quant au rapport du 29 octobre 2018 du médecin généraliste traitant de la recourante, il n'apporte pas d'indice en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé de celle-ci. Le Dr R._____ a rappelé les diagnostics établis sur le plan rhumatologique sans proposer de plus amples investigations. Il n'a pas fait état d'autres problématiques dans des domaines explorés par le passé (notamment sous l'angle neurologique ou psychiatrique). Il n'a pas davantage recommandé des investigations cardiologiques à la suite de la consultation pneumologique. Quant à son appréciation de la situation asséculoologique de sa patiente, elle doit être relativisée compte tenu de l'empathie que doit avoir tout médecin traitant vis-à-vis de ses patients. Ceci d'autant plus que le Dr R._____ n'explicite pas de nouvelles ou plus amples limitations fonctionnelles qui restreindraient la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée.

c) Compte tenu de ces éléments, on peut retenir, à l'instar de l'intimé (cf. avis SMR des 24 septembre et 5 décembre 2018), que l'état de santé de la recourante n'a pas connu de modification sensible depuis la précédente décision du 9 février 2015. Ni sa capacité de travail, ni les limitations fonctionnelles ne se sont modifiées. Ainsi, en l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, le degré d'invalidité de 53 % doit être maintenu.

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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 décembre 2018 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 Z. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Z. _____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :