

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juillet 2012

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       MM. Neu et Métral  
Greffier     :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Stephen Gintzburger, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88a al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** A. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recoursante), née en 1979, a effectué un apprentissage de peintre en bâtiment d'août 1994 à juin 1998, au terme duquel elle a obtenu un CFC. Dans son rapport médical du 21 juillet 1998, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de cervico-brachialgie à droite d'origine diffuse. Il a relevé que son examen des membres supérieurs n'avait révélé aucune pathologie particulière, mais que l'on pouvait présumer que la profession de peintre en bâtiment était probablement un peu trop exigeante pour cette patiente fine, ce spécialiste attribuant les douleurs à une certaine surcharge à répétition.

Selon le rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 16 juin 1999, l'assurée présentait des brachialgies droites atypiques et chroniques depuis plusieurs années, avec un status neurologique normal.

L'assurée a déposé le 3 février 2000 une demande de prestations AI tendant à une orientation professionnelle en faisant état d'une tendinite chronique (poignet, coude, épaule droits) l'empêchant d'exercer son activité de peintre.

Dans un rapport médical à la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, du 21 février 2000, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a relevé que l'assurée présentait des lombosciatalgies récidivantes depuis trois à quatre ans. Il observait encore que le status du jour de l'examen montrait un syndrome lombo-vertébral modéré et des douleurs diffuses musculaires lombo-fessières et cervico-scapulaires droites. Il était d'avis que la chronicité et l'extension des symptômes ainsi que la normalité des examens paracliniques effectués jusqu'alors évoquaient un problème de fibromyalgie. Ce médecin notait encore que dans le diagnostic différentiel, on pouvait mentionner une

spondylarthropathie au vu des douleurs nocturnes et de la bonne réponse aux injections d'anti-inflammatoires.

Dans son rapport médical du 29 février 2000 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), la Dresse V.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites atypiques et chroniques et des lombosciatalgies récidivantes. Dans son rapport médical à l'OAI du 19 novembre 2001, elle a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, en précisant que les douleurs diffuses contre-indiquaient la profession de peintre, mais qu'une activité permettant de varier les positions et n'exigeant pas d'efforts physiques pouvait probablement être exercée à plein temps.

Dans son rapport médical du 11 octobre 2001 au médecin traitant de l'assurée, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que le tableau clinique évoquait en premier lieu le diagnostic de fibromyalgie.

L'assurée a été mise au bénéfice de mesures professionnelles du 3 au 21 décembre 2001, mais a dû interrompre son stage de praticienne de laboratoire en raison de douleurs (le 13 décembre 2001). Elle a ensuite repris ledit stage, qu'elle a à nouveau interrompu pour les mêmes raisons. L'OAI a alors pris en charge une évaluation au Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après: CIP) de [...]. Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a constaté dans son rapport médical du 18 décembre 2002 que l'intéressée se plaignait de manière permanente et a suggéré que son dossier soit complété par une expertise psychiatrique. Le rapport du CIP du 23 janvier 2003 a conclu à l'impossibilité actuelle de réadapter l'assurée.

Par avis médical du 14 mars 2003, le Dr Q.\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a confirmé qu'il convenait de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique.

L'assurée a été convoquée pour un examen auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 10 mars 2004.

Dans son rapport du 3 juin 2004, ce médecin a retenu sur l'axe I les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (trouble hystérique polysymptomatique à minima), d'état dépressif majeur actuellement en rémission partielle, et de trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques sans agoraphobie en rémission partielle. Il a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail maximum de 30%, dans toute activité, depuis 1998-99.

Dans son avis médical du 8 juin 2004, le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'exigibilité était de 70% dans toute activité ne nécessitant pas de travail de force du bras droit, depuis janvier 2000.

Par décision du 15 juin 2005, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001, basé sur un degré d'invalidité de 43% (revenu sans invalidité 57'096 fr. et revenu avec invalidité 32'410 fr. 20, fondé sur la moyenne des descriptifs de postes [DPT] n° 1344, 1370, 1639, 4605 et 4902, à 70%).

L'assurée s'est opposée à cette décision le 8 juillet 2005, en faisant essentiellement valoir que ses douleurs n'étaient pas limitées au bras droit. Elle a joint à son envoi un courrier du 5 juillet 2005 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, qui relevait que sa patiente présentait également des lombosciatalgies avec blocage du dos et était régulièrement suivie par une psychologue en raison d'un état dépressif latent.

Par avis médical du 27 octobre 2006, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a noté que les diagnostics mentionnés dans le courrier de la Dresse V. \_\_\_\_\_ du 5 juillet 2005 étaient connus depuis 2000, que cette médecin indiquait elle-même une pleine exigibilité sans diminution de rendement dans une activité adaptée dans son rapport du 19 novembre 2001, et que l'aspect psychiatrique avait fait l'objet d'une expertise par le Dr B. \_\_\_\_\_. Il relevait que les douleurs étaient à mettre sur le compte d'un trouble somatoforme douloureux et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles organiques objectives en dehors de celle concernant le bras droit.

Par décision sur opposition du 13 avril 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée à sa décision du 15 juin 2005 et a arrêté son taux d'invalidité à 43%. Il a par surabondance de droit (sic) évalué le revenu avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et l'a arrêté à 29'621 fr. pour l'année 2001 (soit 47'018 fr., réduit compte tenu d'une capacité de travail de 70%, en opérant un abattement de 10%), calcul qui conduisait à un taux d'invalidité de 48% (revenu sans invalidité 56'810 fr. et revenu avec invalidité 29'621 fr.) ouvrant également le droit à un quart de rente.

Cette décision est entrée en force.

**b)** Dans le cadre d'une procédure de révision d'office du droit à la rente initiée en février 2008, l'OAI a interpellé l'assurée. Sur le questionnaire pour la révision de la rente complété le 16 mai 2008, elle a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'elle ressentait une douleur constante dans les bras, l'épaule, le haut du dos et la nuque.

Dans son rapport médical à l'OAI du 1<sup>er</sup> juillet 2008, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites chroniques ainsi que des lombosciatalgies droites sur hernie discale L4 — L5. Elle était d'avis que la situation demeurait inchangée et que la capacité de travail était de 50% dans la dernière activité exercée.

Selon la fiche d'examen du dossier du 1<sup>er</sup> avril 2009, il ressortait du calcul effectué par le Service d'enquêtes le 30 mars 2009 que le préjudice économique de l'assurée était de 44.5% (revenu sans invalidité 65'728 fr. et revenu avec invalidité 36'498 fr.).

Par communication du 1<sup>er</sup> avril 2009, l'assurée a été informée que son degré d'invalidité n'avait pas changé et qu'elle continuait à bénéficier de la même rente (degré d'invalidité de 45%).

**c)** Une nouvelle révision d'office du cas de l'assurée a été entreprise le 30 septembre 2009. Selon la fiche d'examen du dossier du

30 septembre 2009, la situation avait été révisée alors que les conditions de droit n'étaient pas remplies (passage de 43 à 45%), le taux d'invalidité ayant été modifié en utilisant les DPT en lieu et place de l'ESS, alors que l'état de fait ne s'était pas modifié.

Par avis médical du 22 décembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'atteinte à la santé de l'assurée justifiait une incapacité de travail dès 2001 en raison du trouble de la personnalité, que la situation était restée inchangée selon le médecin traitant, que l'exigibilité était dès lors également inchangée, et qu'il était à ses yeux préférable de tenter de mettre en valeur la capacité de travail résiduelle de 70% par des mesures adéquates plutôt que de chercher à démontrer de manière théorique par une expertise une pleine capacité de travail.

L'OAI a à nouveau adressé à l'assurée le questionnaire pour la révision de la rente, que cette dernière a complété le 14 avril 2010. Elle a alors indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis deux ans voire plus, cette modification consistant en une fibromyalgie de plus en plus présente et une hernie discale. Elle précisait travailler douze heures par mois depuis novembre 2009 et indiquait que son état de santé ne lui permettait pas de travailler à 70% comme cela avait été décidé en 2001.

Selon rapport intermédiaire du 5 mai 2010, l'assurée testait des cigarettes et était rémunérée 35 fr. de l'heure pour cette activité.

L'OAI a alors prié le nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr W. \_\_\_\_\_, qui la suivait depuis décembre 2009, de lui adresser un rapport médical. Dans son rapport médical du 14 mai 2010, ce praticien a posé les diagnostics de hernie discale médiane droite L4-L5, de spondylarthropathie et de cervico-brachialgies droites existant depuis 1998-2000. Il a joint à son envoi plusieurs rapports d'examen, dont celui d'échographie abdominale complète réalisée le 7 septembre 2007, qui s'était révélée sans pathologie appréciable, ainsi que le compte rendu de l'IRM lombaire du 26 octobre 2005 concluant à la présence d'une petite hernie médiane paramédiane droite en L4-L5 créant un contact étroit avec

la racine L5 droit au niveau de son émergence, sans autre signe de compression. Etait également joint un courrier du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'anesthésiologie et antalgie de l'Hôpital de [...], à la Dresse V.\_\_\_\_\_, du 17 juin 2004 selon lequel les diverses consultations et bilans, notamment neuro-radiologiques, n'avaient pas permis de mettre en évidence d'élément spécifique susceptible de bénéficier d'un geste antalgique, la patiente étant encouragée à mettre en route un programme d'activités physiques régulières.

Par avis médical du 23 juin 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 14 mai 2010 confirmait les conclusions figurant dans son avis précédant. Sur le plan médical objectif, il était d'avis que l'état était inchangé. Les diagnostics étaient les mêmes depuis 1998, l'incapacité de travail attestée étant également la même depuis 1998, de même que les limitations fonctionnelles. L'aggravation alléguée par l'assurée se rapportait aux douleurs (fibromyalgie) qui étaient un élément subjectif. Le Dr K.\_\_\_\_\_ concluait que la capacité de travail était inchangée du point de vue médical.

Selon le rapport final du 18 août 2010, l'assurée avait déclaré à l'occasion d'un entretien du 17 août 2010 qu'elle ne pourrait pas tenir dans un stage d'orientation et que sa fibromyalgie était invalidante. L'OAI a dès lors estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables et a procédé à une approche théorique de la capacité de travail selon l'ESS, en prenant comme RS le salaire moyen d'un peintre avec trois ans d'expérience, ce qui représentait, selon la convention collective de travail 2010, un salaire annuel de 66'300 francs. Quant au RI, il se montait à 35'847 fr. 29 selon le tableau ESS (ESS niveau 4, indexé de 2008 à 2010, soit 51'210 fr. 42, à 70%, sans abattement), si bien qu'il en résultait un préjudice économique de 30'452 fr. 71 correspondant à un taux d'invalidité de 45,9%.

Par communication du 14 septembre 2010, l'OAI a fait savoir à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente (46%).

Le 5 octobre 2010, l'assurée a prié l'OAI de rendre une décision sujette à recours, en faisant valoir que son état de santé s'était passablement dégradé depuis la décision du 15 juin 2005, ce qui entraînait de nouveaux problèmes médicaux.

Par décision du 8 octobre 2010, l'OAI a confirmé que l'assurée continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à présent (46%).

**B.** Par acte du 7 novembre 2010, A.\_\_\_\_\_, alors non assistée, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'augmentation de sa rente d'invalidité. En substance, elle fait valoir que son état s'est péjoré et qu'elle présente de nouvelles atteintes à la santé, notamment un syndrome des jambes sans repos, justifiant une convocation le 20 décembre 2010 au [...].

Dans sa réponse du 21 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours, en expliquant que selon les avis du SMR, la situation médicale de la recourante est demeurée inchangée depuis le moment de l'octroi des prestations (soit à compter du 13 avril 2007, date de la décision sur opposition par laquelle il a été statué définitivement sur la demande initiale de prestations). Faute de motif de révision, le taux d'invalidité est toujours le même et la rente ne peut pas être augmentée.

Dans sa réplique du 20 avril 2011, la recourante, désormais représentée, fait valoir que l'intimé aurait dû procéder à un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité, conformément à ce qui avait été effectué par décision sur opposition du 13 avril 2007, ce qui conduisait dès lors à retenir un taux d'invalidité de 50,02%, ouvrant le droit à une demi-rente (revenu sans invalidité 65'728 fr.; revenu avec invalidité 32'847 fr. 90), à l'octroi de laquelle elle concluait. A titre subsidiaire, elle indique ne pas être en mesure de travailler à 70 % et sollicite la mise en oeuvre d'une expertise, ainsi que l'audition de témoins sur la nature de son activité de testeuse de cigarettes exercée à raison de douze heures par mois. Elle produit notamment en annexe à son écriture le contrat de travail conclu entre F.\_\_\_\_\_ Suisse Sàrl et elle-même le 27 octobre

2009, prévoyant son engagement comme "panéliste" au tarif horaire de 35 francs.

Dans sa duplique du 30 mai 2011, l'OAI observe, en se référant aux avis du SMR des 22 décembre 2009 et 23 juin 2010, que depuis la décision du 13 avril 2007, la situation médicale de la recourante ne s'est pas modifiée, et qu'il n'y a pas non plus eu de changements quant à d'autres faits déterminants, comme le statut. En l'absence de modification, le droit aux prestations doit rester le même. L'intimée relève enfin que les mesures d'instruction requises ne se justifient pas puisqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante.

### **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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 une décision prise 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 et 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, singulièrement sur le point de savoir si sa situation médicale a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

**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 (art. 6 LPGA in fine). 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)** 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. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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 et 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 et ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; cf TF 9C\_198/201 1 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

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).

**4.** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à une augmentation de sa rente d'invalidité, celle-ci faisant valoir que son état de santé s'est péjoré.

A ce stade, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision sur opposition du 13 avril 2007 (soit la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec constatation des faits pertinents, appréciation des preuves et comparaison des revenus conforme au droit), justifiant une augmentation de la rente de la recourante.

C'est ici le lieu de noter que la communication du 1<sup>er</sup> avril 2009 ne peut être pertinente pour procéder à la comparaison des situations dans le temps, dès lors qu'il s'agit d'une simple communication, établie sur la base d'un seul rapport médical du médecin traitant.

**a)** La décision du 13 avril 2007 était essentiellement fondée sur le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2004, repris par le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 8 juin 2004. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante présentait un trouble somatoforme indifférencié, avec la précision qu'il s'agissait d'un "trouble hystérique polysymptomatique à minima". Le Dr B.\_\_\_\_\_ observait notamment que la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique majeure, mais un trouble important de la personnalité. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a en outre relevé que les investigations médicales n'avaient pas permis de mettre en évidence de substrat organique permettant d'expliquer l'importance des plaintes et du handicap fonctionnel allégué. Finalement, le Dr B.\_\_\_\_\_ était d'avis que

la recourante présentait une incapacité de travail de 30% dans toute activité depuis 1998-1999. Le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas en contradiction avec les observations des autres médecins: en particulier, le Dr C.\_\_\_\_\_ qui a examiné la recourante à l'occasion de l'évaluation au CIP a constaté qu'il convenait de compléter son dossier par une expertise psychiatrique. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a lui aussi fait état d'une éventuelle fibromyalgie en février 2000 puis en octobre 2001.

Sur la base de ces éléments, la recourante s'est vu reconnaître une incapacité de travail de 30% dans toute activité. La décision sur opposition du 13 avril 2007 précisait encore que les diagnostics mentionnés par la Dresse V.\_\_\_\_\_ le 5 juillet 2005 (lombosciatalgies) lui étaient connus, dans la mesure où le Dr S.\_\_\_\_\_ les avait déjà posés dans son rapport médical du 21 février 2000. En outre, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles organiques objectives en dehors de celles concernant le membre supérieur droit, ainsi que l'avait confirmé le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son avis du 27 octobre 2006.

A l'occasion de la procédure de révision initiée en février 2008, le médecin traitant de la recourante (la Dresse V.\_\_\_\_\_) a été interpellé par l'OAI. Elle a alors à nouveau posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques et de lombosciatalgies droites, précisant s'agissant de ces dernières "sur hernie discale L4-L5". Pour le médecin traitant, la situation demeurait inchangée. Par communication du 1<sup>er</sup> avril 2009, la recourante a été informée que son degré d'invalidité n'avait pas changé.

Lors de la dernière procédure de révision, qui a été entreprise en mars 2009, la recourante a allégué une péjoration de son état de santé "depuis deux ans voire plus". Cette affirmation est contredite par les propres déclarations de l'intéressée, dès lors qu'elle indiquait sur le questionnaire pour la révision de la rente complété le 16 mai 2008 que son état était toujours le même. La recourante allègue que sa fibromyalgie est de plus en plus présente et qu'elle a une hernie discale. Or ladite hernie discale était déjà mentionnée par la Dresse V.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> juillet 2008, sans que le médecin traitant n'estime

que la situation de sa patiente s'était péjorée. Ladite hernie discale était au demeurant déjà connue en 2005, dans la mesure où elle a été mise en évidence à l'occasion d'une IRM lombaire du 26 octobre 2005, le rapport d'examen y relatif concluant à la présence "d'une petite hernie médiane paramédiane droite en L4-L5".

Quant au Dr W.\_\_\_\_\_, il n'a posé aucun nouveau diagnostic à l'appui de son rapport médical du 14 mai 2010. Il a ainsi relevé la présence de la hernie susmentionnée, et a à nouveau fait état de spondylarthropathie, déjà diagnostiquée par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 21 février 2000, et de cervico-brachialgies droites existant depuis 1998-2000, et déjà observées par le Dr X.\_\_\_\_\_ et la Dresse V.\_\_\_\_\_. En outre, les rapports d'examen adressés à l'office intimé par le Dr W.\_\_\_\_\_ se révèlent dans la norme (ainsi le rapport d'échographie abdominale du 7 septembre 2007). Le même constat a été fait par le Dr K.\_\_\_\_\_, qui a noté tant dans son avis médical du 22 décembre 2009 que dans celui du 23 juin 2010 que l'état de santé de la recourante était inchangé.

A la lumière de ces éléments, il apparaît que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué significativement — et a fortiori ne s'est pas aggravé — depuis la décision d'octroi d'un quart de rente rendue le 13 avril 2007. Quant au restless leg syndrom dont l'intéressée fait état dans son recours, il n'est pas attesté par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 mai 2010. En outre, le [...] n'avait pas encore examiné la recourante au moment de la décision. En supposant que la consultation au [...] soit motivée par une péjoration, celle-ci n'aurait pas duré trois mois au moment de la décision (soit du 8 juillet au 8 octobre 2010, cf. art. 88a al. 2 RAI), le rendez-vous ayant été pris le 20 décembre 2010.

Par conséquent, force est de constater que les pièces du dossier ne témoignent d'aucune modification notable sur le plan médical susceptible d'influencer la capacité de travail exigible de la recourante depuis la décision initiale d'octroi de rente.

**b)** S'agissant du statut de la recourante, les parties ne contestent pas que celui-ci n'a pas évolué depuis la décision du 13 avril 2007, et que l'intéressée doit être considérée comme active à 100%. Sa capacité de gain ne s'est pas non plus modifiée (le fait qu'elle travaille à raison de douze heures par mois comme testeuse de cigarettes étant ici sans influence sur le revenu avec invalidité, dès lors que le gain réalisé à ce titre est largement inférieur au revenu hypothétique d'invalidé). La recourante n'a par ailleurs connu aucune évolution professionnelle, ni n'a conduit avec succès une réadaptation professionnelle qui aurait pu aboutir à une baisse du degré d'invalidité.

**c)** Il y a ainsi lieu de constater qu'il n'existe en l'espèce aucun motif de révision.

En pareilles circonstances, savoir en l'absence de péjoration ou d'amélioration de l'atteinte à la santé, l'OAI n'était pas fondé à reprendre le calcul du taux d'invalidité sur la base de l'ESS la plus récente. Il apparaît à cet égard que la communication du 1<sup>er</sup> avril 2009 était elle-même manifestement erronée sous cet angle, ce que l'office intimé a du reste admis dans sa fiche d'examen du dossier du 30 septembre 2009, à teneur de laquelle il a noté que la situation avait été révisée alors que les conditions du droit n'étaient pas remplies.

Partant, l'argumentation de la recourante relative à l'abattement de 10% qui aurait selon elle dû être opéré sur le revenu avec invalidité calculé selon l'ESS est sans pertinence, en l'absence de tout motif de révision.

Quoi qu'il en soit, la recourante paraît perdre de vue que le taux d'invalidité tel qu'il a été arrêté par décision du 13 avril 2007 l'a été à 43%, sans qu'un abattement ne soit opéré sur le revenu avec invalidité, au demeurant non pas déterminé sur la base de l'ESS, mais des DPT. L'OAI avait du reste précisé dans le cadre de sa décision du 13 avril 2007 que la comparaison des revenus fondée sur l'ESS n'intervenait que "par surabondance de droit". C'est d'ailleurs bien le taux d'invalidité de 43%

qui a été retenu (calculé sur la base des DPT, et non celui de 48% arrêté sur la base de l'ESS), ainsi que cela ressort, par exemple, du courrier adressé le 24 juillet 2008 par l'OAI à la fondation Intégration pour tous (IPT), où l'on peut lire que la recourante "est actuellement au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 43% dès le 01.01.2001", ou encore de la fiche d'examen du dossier du 3 février 2009.

**5.** La recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Dans la mesure où le dossier est bien documenté et qu'il n'existe pas de doutes sérieux quant à une éventuelle péjoration de l'état de santé de la recourante, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). La recourante a par ailleurs sollicité l'audition de témoins sur la nature de l'emploi qu'elle exerce à raison de douze heures par mois. Or la recourante a produit son contrat de travail, et s'est expliquée sur son activité à l'occasion d'un entretien du 17 août 2010 à l'OAI. Il n'y a dès lors pas lieu non plus de donner suite à cette mesure d'instruction, qui n'est au demeurant pas propre à établir une péjoration de son état de santé.

**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 être 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 8 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Stephen Gintzburger (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :