

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Perdrix et Mme Moyard, assesseurs
Greffière: Mme Favre

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 16; art. 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Le 20 octobre 1998, H._____, née en 1950, a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI). Elle fait état d'une hernie discale, d'arthrose et d'asthme.

Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme sommelière depuis 1995 et jusqu'en février 1998.

Au dossier figurent notamment les pièces suivantes :

- un rapport médical du 1^{er} octobre 1999 du Dr F._____, de l'Unité du rachis du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), qui diagnostique:
 - "- troubles statiques et dégénératifs rachidiens (hernie discale foraminale L4-L5 droite, pseudo-spondylolisthésis du 2^{ème} degré L4-L5
 - dysbalances musculaires étagées et troubles statiques
 - probable polytoxicomanie aux benzodiazépines, à l'alcool et au tabac
 - état anxieux et dépressif mixte."

Le Dr F._____ ajoute que sur le plan social, l'assurée doit rester au bénéfice des prestations de l'assurance chômage, ceci autant que possible, afin d'éviter une médicalisation ultérieure;

- un rapport du 15 octobre 1999 du Dr O._____, médecin traitant, qui se réfère au rapport du Dr F._____ annexé à son rapport, et estime que l'atteinte actuelle à la santé n'empêche pas l'assurée d'exercer une activité lucrative non qualifiée et physiquement non contraignante;
- un rapport du 27 décembre 1999 du Dr F._____ qui estime que le traitement est d'abord psychologique et consiste secondairement en une rééducation fonctionnelle en mobilité et en force, assorti de

mesures ergothérapeutiques. Depuis février 1998, il mentionne que la capacité de travail comme serveuse est nulle, mais complète dans une activité adaptée, permettant d'épargner le rachis.

Dans un projet de décision du 13 septembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée.

Un mandat d'expertise sur le plan psychiatrique a été confié au Dr P. _____, psychiatre, lequel a déposé son rapport le 26 mars 2000. Concernant les antécédents personnels, il en résulte que l'assurée, aînée d'une fratrie de deux filles, est très attachée à son père. En revanche, elle a eu des difficultés avec sa mère, laquelle la battait et avait beaucoup d'aventures extra-conjugales, amenant des hommes à la maison, tant la journée que le soir. Dès l'âge de 17 ans, elle a commencé à se prostituer d'abord de façon occasionnelle. Depuis 1995, elle a définitivement arrêté toute prostitution et a commencé à travailler comme sommelière. A l'âge de 21 ans, elle a eu une fille, laquelle a été élevée par sa grand-mère. Elle a été mariée deux fois. Après un divorce en 1981, elle s'est remariée en 1996. Le second divorce a été prononcé en 1998. Actuellement, elle a une nouvelle relation affective. Son ami a des problèmes d'alcool et la relation est conflictuelle. Elle souffre de graves problèmes alimentaires et a présenté une importante surcharge pondérale, pesant plus de cent kilos jusqu'à l'âge de 32 ans où elle a maigri de 50 kilos suite à une consommation d'héroïne commencée à 29 ans. En 1982, elle a arrêté l'héroïne grâce à la méthadone et a commencé à abuser de Rohypnol et de Vallium pendant environ trois ans, jusqu'en 1985-86 et consomme du Tranxilium de façon régulière. Elle fume un paquet de cigarettes par jour et consomme de l'alcool tous les jours.

L'expert diagnostique :

- "Axe I - dysthymie à début primaire
- abus d'alcool et abus de benzodiazépines occasionnel
- trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique

- Axe II - traits de personnalité dépendante (à défense de type caractériel)
- Axe III - cécité œil droit
- Axe IV - difficultés affectives et sociales"

L'expert estime s'agissant du trouble de l'humeur de l'assurée et de sa problématique d'abus d'alcool et aux médicaments, que ceux-ci ne justifient pas une diminution de sa capacité de travail de plus de 25%. Il ajoute que la majorité des individus souffrant de dysthymie peuvent avoir une activité à 100%, mais que dans le cas de l'assurée, celle-ci gère mal son vécu dépressif et anxieux lorsqu'elle est confrontée à des situations de crises affectives qu'elle s'automédique alors par l'alcool et les médicaments, ce qui peut aboutir à de l'absentéisme et des difficultés professionnelles. Il s'agit toutefois d'un handicap léger pour lequel l'assurée pourrait selon l'expert bénéficier d'un traitement médical adapté. Il estime son taux d'incapacité de travail à 50% en 1999 et suite à une bonne évolution en hiver 1999 à 25%, le degré de la capacité de travail ayant évolué favorablement depuis lors. La capacité de travail à attendre suite à un traitement de Sarotène, un suivi psychologique étant peut-être judicieux, est de 80 à 100% dans une activité adaptée. L'assurée semble sincère, ce qui est un élément de bon pronostic. Par conséquent, compte tenu du léger handicap consécutif aux troubles psychiques susmentionnés, elle pourrait peut-être bénéficier de mesures de mise au courant dans une activité telle qu'un travail dans un kiosque, dans une petite cafétéria sans alcool ou autre. L'expert précise qu'il faut éviter une activité comportant le port de charge lourde ou qui laisse l'assurée en contact avec l'alcool ou les médicaments.

Par décision du 3 octobre 2000, l'OAI a rejeté la demande de rente au motif que l'assurée ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante dans une activité adaptée.

Par jugement du 11 septembre 2002, le Tribunal des assurances (ci-après: le TASS) a rejeté le recours interjeté par l'assurée à l'encontre cette décision. Il a en substance considéré que concernant les affections physiques dont souffrait la recourante, son médecin traitant, le

Dr F._____ et l'expert, dont les rapports médicaux avaient pleine valeur probante et n'étaient nullement contestés par les parties, estimaient que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Quant aux troubles psychiques (dysthymie), le TASS se fondant sur l'expertise du Dr [...] a retenu une incapacité de travail moyenne de l'ordre de 10 % tout au plus. Après comparaison des revenus, il a conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de gain.

B. Le 6 mars 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande, mentionnant que son état de santé s'est aggravé, ayant des problèmes aux mains depuis plusieurs années allant en augmentant, ce qui l'empêche de reprendre un emploi.

Elle a produit divers certificats médicaux, à savoir :

- un certificat médical du 21 février 2003 du Dr N._____ attestant qu'elle s'est présentée à la consultation d'antalgie de l'Hôpital de Morges, les 14 mars, 18 avril et 6 décembre 2001 ainsi que le 22 mai 2002.
- un certificat médical du 20 février 2003 de la Dresse B._____ certifiant que l'assurée a été hospitalisée dans le service de rhumatologie du CHUV du 20 août au 13 septembre 2002.
- un certificat médical du 24 février 2003 du Dr O._____ indiquant une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2003.
- un certificat médical du 5 mars 2003 du Dr K._____ attestant que l'assurée est suivie par ce praticien depuis le 13 juin 2000 pour une pathologie des deux mains.
- un certificat médical du 6 mars 2003 du Dr G._____ du DUPA selon lequel l'assurée a été suivie ambulatoirement du 10 juillet 2001 au 25 juin 2002.
- un certificat médical du 6 mars 2003 du Dr O._____ mentionnant que l'état de santé de l'assurée s'est péjoré depuis un an environ. Il indique ce qui suit :
"Sur le plan articulaire : arthrose rhizométrique
Sur le plan des pouces : prothèses envisagée

Sur le plan dorsal : persistance des lombo-sciatalgies G. avec
paresthésie
L5-S1."

Le 15 avril 2003, le Dr O. _____ a indiqué un arrêt de travail de 100% dès le 1^{er} mars 2002.

Le 27 mai 2003, le Dr K. _____ a exposé que la rhizarthrose bilatérale était en phase d'évolution et devrait vraisemblablement nécessiter à moyen ou long terme une intervention chirurgicale.

Cette intervention a eu lieu le 10 septembre 2003 selon le protocole opératoire établi le même jour par le Dr K. _____.

Dans un rapport médical du 2 septembre 2004, la Dresse D. _____ diagnostique une rhizarthrose bilatérale prédominant à droite existant depuis 2000. S'agissant de la capacité de travail, elle indique "voir avec le médecin traitement". Elle mentionne que dans le domaine du travail le handicap fonctionnel consiste en des douleurs à la pince pouce-index à droite et au quotidien une diminution de force et douleurs dans la pince pouce-index. Elle indique en outre ne jamais avoir parlé de travail avec l'assurée, celle-ci s'étant annoncée d'emblée comme étant à l'AI déjà en 2000. Lors du dernier examen le 15 mars 2004, elle mentionne que la patiente a déclaré encore des douleurs dans l'articulation trapézo-métacarpienne, notamment dans les mouvements de pince pouce-index. Elle observe que cette articulation est encore un peu empâtée, que la force objective de préhension pouce-index est de 9 à droite pour 14 à gauche et la force du Tip pinch de 5 à droite pour 10 à gauche, l'empan étant discrètement diminué à droite à 13 pour 16 à gauche. Il n'y a pas de mesures thérapeutiques en cours à part l'application locale d'anti-inflammatoires ou le port éventuel d'une orthèse de soutien de type rhizarthrose à la demande. Elle conclut que l'intervention chirurgicale n'a pas permis d'améliorer de manière notable les douleurs alléguées par la patiente, l'état étant stationnaire.

Dans un rapport du 29 mars 2005, le Dr K. _____ indique ce qui suit :

" 1. Atteinte des mains:

Lors de mon contrôle du 25.2.2005 la patiente signale une aggravation depuis mars 2004 avec apparition de douleurs localisées au niveau de la MP de l'index gauche. Ces douleurs sont présentes à la mobilisation et à la flexion MP gênant la patiente lorsqu'elle fait la pince pouce-index. Elle n'a pas de douleurs au repos, ni de douleurs nocturnes. Elle a constaté une tuméfaction épisodique localisée au niveau de l'articulation MP et de la face dorsale du 2^{ème} métacarpien gauche. Elle a par ailleurs été soulagée par l'intervention pratiquée au niveau de l'articulation métacarpienne droite. Elle se plaint également de paresthésies épisodiques au niveau de l'index gauche.

Concernant encore l'articulation trapézo-métacarpienne droite, elle se plaint d'un manque de mobilité en extension de la colonne du pouce, d'un manque de force lorsqu'elle fait la pince. Du côté gauche, la situation est relativement stable actuellement avec des douleurs toutefois épisodiques.

Au status, à droite, les cicatrices en regard de l'articulation trapézo-métacarpienne et du prélèvement de tendons sont calmes. La mobilité de la TM est de 0-0-35, MP 10-0-30 et IP 0-0-55 (à gauche les mobilités sont de 15-0-30, 20-0-50 et 15-0-75). L'opposition maximale est de pulpe-pouce-pli de flexion MP de l'auriculaire et ce de façon bilatérale. On met en évidence plusieurs nodules d'Heberden sur les deux mains. La fonction des doigts longs à droite est quasiment complète. Au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne il n'y a pas de Grinding à la palpation mais un discret empatement et une douleur à la palpation. L'hyperextension de la colonne du pouce est légèrement limitée par rapport à gauche. Du côté gauche, concernant la colonne du pouce, il existe un signe de Grinding positif avec une douleur à la palpation à ce niveau. La fonction de l'articulation MP de l'index est complète avec une extension-flexion de 15-0-95. On met en évidence un discret empatement sur le versant radial de la MP de l'index qui est douloureux à la palpation.

La force de serrage au Key pinch est de 10 kg/cm² à droite contre 10 à gauche, le Tp pinch de 6 et ce de façon bilatérale. Sur le plan

neurologique, il existe de discrets signes de compression du nerf médian au canal carpien, prédominant légèrement à gauche, sans troubles sensitifs associés.

Radiologiquement, à droite, la suspension est efficace, l'espace entre le pôle distal du scaphoïde et la base du 1^{er} métacarpien est de 6 mm. Du côté gauche, il existe une rhizarthrose stade II selon Dell. Au niveau de la MP de l'index, on met en évidence une discrète sclérose sous-chondrale.

Concernant les mains, on peut donc retenir les diagnostics de :

Status après résection du trapèze et suspension à droite.

Rhizarthrose gauche, arthrose MP de l'index gauche débutante.

Arthrose pluridigitale bilatérale.

Suspicion de compression du nerf médian au canal carpien bilatérale, peu marquée actuellement.

2. Répercussion sur la capacité de travail.

La patiente est décrite comme étant rentière AI, travaillait comme restauratrice et depuis 1997, date de son retour en Suisse, a travaillé comme serveuse pendant environ une année. Au vu de l'état de ses mains, il paraît peu vraisemblable qu'elle puisse reprendre une activité de ce type là. On pourrait donc envisager une reprise d'une activité professionnelle nécessitant certainement un recyclage sous la forme d'une activité ne nécessitant pas l'usage en force et répétitif des deux mains."

Le Dr K. _____ a encore précisé le 23 août 2005 ce qui suit :

- " - Du côté de la main G non opérée, quelle a été l'évolution?
Réponse: aggravation de la rhizarthrose entre 2000 et 2005.
- Évolution de la main D opérée?
Réponse: une certaine amélioration, mais persistance de douleurs.
- Date et pourcentage de l'incapacité de travail dans son activité précédente de sommelière?
Réponse: 100% dès 2000.
- Date de l'incapacité de travail dans une activité adaptée et pourcentage?
Réponse: 50% dès le 01.01.2004.
0% dès le 01.04.2004."

Dans son rapport du 26 août 2005, la Dresse W._____, du SMR, retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50% dès le 1^{er} janvier 2004, puis de 100% dès le 1^{er} avril 2004 dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant pas d'usage de force ni de mouvements répétitifs des mains.

Le 7 octobre 2005, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 100% par nécessité financière, ce depuis toujours.

L'assurée a séjourné à l'Hôpital de Rolle du 3 au 22 mai 2004. Les Drs C._____, Y._____ et Z._____ diagnostiquent dans leur rapport du 15 juin 2004 une bronchopneumopathie chronique obstructive de degré moyen de stade II, diagnostiquée en avril 2004.

Dans un rapport du 7 juin 2006, le Dr C._____ indique notamment ce qui suit :

- "A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail;
- > Bronchopneumonie chronique obstructive (BPCO) de degré moyen à sévère.
 - > Bronchectasies lobaires inférieures bilatérales chroniquement surinfectées notamment par du *Pseudomonas aeruginosa*.
 - > Polyarthrose prédominant au niveau des mains.
 - > Lombalgies chroniques.
 - > Troubles psychiatriques bipolaires anamnestiques.
- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:
- > Bronchite chronique sur tabagisme toujours actif.
 - > Polyallergie documentée (graminées, poils de chat, acariens).
 - > Oedèmes de Quincke sur ingestion de kiwis et prise de Cefuroxime (Zinat).

Commentaire: Mme H._____ m'a dit qu'elle était en discussion avec l'office AI pour le canton de Vaud depuis plusieurs années. Anamnestiquement, plusieurs expertises ont déjà été sollicitées pour des problèmes non pulmonaires. Je n'ai aucune connaissance de ces documents. Je ne me prononcerai que sur l'atteinte respiratoire de cette patiente.

Au plan pulmonaire, je suis Mme H._____ de façon assez irrégulière depuis avril 2004. A cette époque, elle présentait un syndrome obstructif de degré sévère avec un VEMS à 1.19 L soit 48% de la valeur prédite associé à une hypoxémie de degré moyen avec une PO₂ à 63 mmHg sans hypercapnie.

B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que:

Anamnestiquement, Mme H._____ n'a pas d'activité professionnelle depuis plus de 8 ans.

Elle a une formation de dactylographe. La dernière activité professionnelle exercée est celle de sommelière, interrompue définitivement en 1997.

Concernant la maladie respiratoire en relation avec les diagnostics susmentionnés, la dernière activité pratiquée en tant que sommelière ne me paraît pas pouvoir être exercée à plus de 50% depuis le moment où j'ai connu Mme H._____ en avril 2004.

Je ne me prononce pas sur les autres pathologies pouvant avoir une répercussion sur la capacité de travail, aucun document ne m'a été transmis."

Le Dr C._____ estime que l'état de santé de l'assurée s'aggrave et que la capacité de travail ne peut probablement pas être améliorée par des mesures médicales, des mesures professionnelles étant indiquées.

Il estime que l'activité de sommelière lui paraît contre-indiquée mais qu'elle pourrait être exigée à 50%. A son avis, la maladie respiratoire de l'assurée n'exclut pas toute activité professionnelle, cependant celle-ci devrait être réduite en raison des symptômes de dyspnée et afin de lui donner le temps de se prendre en charge de façon optimale, notamment pour effectuer une physiothérapie respiratoire quotidienne correcte pour drainage de ses bronchectasies. Une activité sédentaire dans un environnement sain serait envisageable à taux réduit, à savoir pas plus de 50%. Le rendement dépendra de l'évolution de la maladie respiratoire et de l'extension des bronchectasies.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr C._____ précise que la position assise ne doit pas dépasser 4 à 6 heures par jour et la position debout 4 heures par jour. En outre, sont à éviter la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, lever, porter ou déplacer des

charges, des mouvements des membres ou du dos répétitifs, un horaire de travail irrégulier de nuit/matin, un travail en hauteur/sur une échelle et des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. A éviter également le froid, la poussière et les allergènes connus et identifiés.

De l'avis médical établi par la Dresse W. _____ le 4 janvier 2007, il résulte ce qui suit :

"En prenant connaissance du l'avis juriste du 12.04.2006, je constate que mon rapport SMR du 26.08.2005 était imprécis. J'aurais dû indiquer que la CT dans une activité adaptée était la suivante : 0% dès le 10.09.2003 (date de l'opération à la main droite), puis 50% dès le 01.01.2004, puis 100% dès le 01.04.2004 (ce dernier chiffre sera modifié par la suite de mon avis).

Suite au rapport du Dr C. _____ du 07.06.2006, il s'avère que l'assurée souffre d'une pathologie pulmonaire invalidante, il s'agit d'une BPCO de degré moyen à sévère, avec bronchectasies lobaires inférieures bilatérales chroniquement surinfectées. Du point de vue pulmonaire, il estime la CT comme sommelière à 50% au maximum (elle est de toute façon de 0% en raison des autres pathologies). Il y a lieu de compléter les limitations fonctionnelles, en particulier éviter un environnement froid, les poussières, la fumée de tabac, les allergènes connus chez l'assurée (graminées, poils de chat, acariens, kiwis). Les autres limitations mentionnées par ce médecin avaient déjà été prises en compte dans le cadre des limitations rachidiennes. Dans une activité adaptée, la CT est en outre limitée à 50% en raison de la dyspnée, et des obligations nécessitées par le traitement (séances multiples de physiothérapie).

Le Dr C. _____ mentionne une affection psychiatrique inexacte. En effet, celle-ci a fait l'objet d'une expertise (Dr P. _____ 26.03.2000) concluant au diagnostic de dysthymie ne justifiant pas une diminution de la CT de plus de 25%, cette CT pouvant être améliorée par un traitement médical adapté. A notre connaissance, l'assurée, qui était «tout-à-fait d'accord avec ces conclusions», ne s'est pas soumise à ce traitement. On ne peut donc pas admettre actuellement de diminution de la CT due à cette affection.

En conclusion, la CT dans l'activité de sommelière est de 0%, la CT dans une activité adaptée est de 50% depuis le 01.01.2004."

Dans un rapport du 30 avril 2007, le Dr [...], neurochirurgien, indique que l'assurée a subi une spondylodèse en septembre 2006. Il estime qu'une activité adaptée peut être exigée. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de position debout, à genoux ou accroupie, d'inclinaison du buste, éviter de lever, porter ou déplacer des charges, des mouvements des membres ou du dos, pas de travail en hauteur/sur une échelle, ni de déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le parcours à pied ne doit pas dépasser 50 m.

Le 16 juillet 2007, la Dresse W. _____ a établi l'avis médical suivant :

"Suite à mon avis du 04.01.2007, l'assurée indique qu'elle a été opérée du dos.

Les renseignements du Dr [...], complétés pour les dates par tél avec la secrétaire de Neurochirurgie (le Dr [...] a quitté le Service), la spondylodèse L4-L5 a eu lieu le 21.09.06 pour canal lombaire étroit, et avec reprise pour brèche avec liquorrhée le 23.09.06. L'évolution est favorable lors du contrôle le 26.02.2007, il n'y a pas de rapport de consultation antérieure, si bien que la CT attestée ne peut pas être fixée avant cette date. Les limitations fonctionnelles sont les mêmes que celles mentionnées sur les avis et rapports SMR précédents.

Il n'y a donc pas de changement dans la CT, à l'exception des périodes postopératoires:

Dans l'activité antérieure de serveuse CT 0% depuis 1998 pour l'affection rachidienne se poursuivant après juin 2000 pour l'affection des mains.

Dans une activité adaptée aux limitations rachidiennes:

CT 100% selon décision du 03.10.00

CT 0% du 10.09.03 (main droite), 50% dès le 01.01.04,

CT 50% dès le 01.01.04 (affection pulmonaire), date de l'aptitude à la REA.

Puis CT 0% du 20.09.06 au 26.02.07 (opération lombaire)

et enfin CT 50% définitive dès le 27.02.07 date de l'aptitude à la REA."

Un stage d'observation auprès de l'EPI à Genève a débuté le 4 février 2008. Il a été interrompu le même jour.

Le Dr L._____, généraliste, a établi un certificat médical daté du 8 février 2008 et attestant d'une incapacité de travail du 4 février au 4 mars 2008.

Le 17 novembre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente dont il résulte notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations

Depuis le 10 septembre 2003 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- En raison de votre atteinte à la santé, vous ne pouvez plus exercer votre activité en tant que sommelière depuis la date susmentionnée.
- Cependant, selon les renseignements médicaux en notre possession, votre capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée à votre état de santé qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'usage de force ni de mouvements répétitifs des mains, éviter un environnement froid, les poussières, la fumée de tabac et les allergènes connus (graminées, poils de chat, acariens, kiwis).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 3'893.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6

heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'048.72, ce qui donne un salaire annuel de CHF 48'584.64.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 24'292.32 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 21'863.09.

Sans atteinte à la santé, en tant que sommelière à plein temps, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2004, à Fr. 40'560.00.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 40'560.00

avec invalidité CHF 21'863.10

La perte de gain s'élève à CHF 18'696.90 = un degré d'invalidité de 46.09%

- Suite à une aggravation de votre état de santé, vous avez présenté une incapacité de travail et de gain totale du 20 septembre 2006 au 26 février 2007.
- Il ressort de l'instruction de votre dossier que votre capacité de travail est à nouveau de 50% dès le 27 février 2007 dans une activité adaptée à votre état de santé.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le

revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 3'893.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1 niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'048.72, ce qui donne un salaire annuel de CHF 48'584.64.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2007 (+ 1%, + 1.20% et + 1.40%; La Vie économique, 10-2006, p. tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 50'354.56 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 25'177.28 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 22'659.55.

Sans atteinte à la santé, en tant que sommelière à plein temps, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2007, à Fr. 42'146.00.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 42'146.00

avec invalidité CHF 22'659.55

La perte de gain s'élève à CHF 19'486.45 = un degré d'invalidité de 46.23%

Il ressort également de l'instruction de votre dossier que des mesures professionnelles ne sont actuellement pas envisageables.

Notre décision est par conséquent la suivante:

Vous avez droit à:

- un quart de rente (46%), du 1^{er} septembre 2004, soit après le délai d'attente d'une année, au 31 décembre 2006
- une rente entière (100%) du 1^{er} janvier 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 2, RAI, au 31 mai 2007
- un quart de rente (46%) dès le 1^{er} juin 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI."

Par décisions des 24 avril et 29 mai 2009, l'OAI a alloué à la recourante un quart de rente du 1^{er} septembre 2004 au 31 décembre 2006, une rente entière du 1^{er} janvier 2007 au 31 mai 2007 et un quart de rente dès le 1^{er} juin 2007.

C. Le 2 juin 2009, H. _____ a recouru contre ces décisions en concluant implicitement à leur réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée. Elle allègue que son état de santé s'est aggravé depuis 2007.

Elle a produit notamment les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 4 mai 2009 du Pr S. _____ et des Dresses B. _____ et R. _____ du DAL (Département de l'appareil locomoteur du CHUV), où la recourante a séjourné du 14 au 24 avril 2009 pour une cruralgie droite. Les diagnostics suivants sont posés :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL:

- Cruralgie droite, non déficitaire, sur hernie discale paramédiane droite L3-L4.
- Pneumonie basale droite à Haemophilus influenzae.

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S) & COMORBIDITE(S):

- BPCO sur tabagisme actif.

- Status post embolie pulmonaire en novembre 2008.
- Mycose buccale.
- Status post spondylodèse L4-L5 droite en septembre 2006.
- Status post hospitalisation en rhumatologie pour lombosciatalgies gauches en 2002 et lombosciatalgies droites en 1999.
- Rhizarthrose des 2 côtés.
- Tunnel carpien des 2 côtés.
- Status post hospitalisation en milieu psychiatrique en octobre 2006 pour état confusionnel et trouble du comportement avec:
 - delirium
 - syndrome de dépendance aux benzodiazépines, actuellement sevré
 - troubles dépressifs récurrents
 - trouble mixte de la personnalité à traits limites et dépendants."

Les médecins indiquent en outre :

"Sur le plan rhumatologique, la patiente a été hospitalisée dans un contexte de cruralgie droite persistante, non déficitaire, localisée au niveau du territoire L4. Le Dr X. _____ (neurochirurgien) a vu la patiente en consultation et n'a, pour l'heure, pas retenu d'indication opératoire. A l'IRM du 02.03.2009, on décrit une hernie discale paramédiane droite qui est extrudée sur plus de 2 cm vers le bas où elle entre en conflit avec la racine L4 droite. En raison de la situation intracanalair de cette hernie, une probable phagocytose est à espérer. Dans ce contexte et en raison de l'amélioration des douleurs avec un traitement de physiothérapie et une antalgie adéquate, l'indication chirurgicale n'est pas reconsidérée. A sa sortie, la patiente bénéficie d'un bon pour 9 séances de physiothérapie et l'antalgie comprend un traitement d'Oxycontin retard 10 mg 1 x/jour, Lyrica 100 mg 1 x/jour, paracétamol et AINS. La patiente sera vue en contrôle chez le Professeur S. _____ le 29.06.2009."

- un rapport du 10 juillet 2009 du Pr S. _____ qui mentionne qu'au vu de la bonne évolution, il n'y a pas d'indication pour

une sanction chirurgicale, le traitement conservateur devant être poursuivi avec une baisse progressive de l'antalgie au cours des deux prochains mois.

- un rapport du 25 juin 2009 des Drs A._____, M._____ et T._____ de l'Hôpital de Rolle, selon lequel la recourante a séjourné dans le service de pneumologie du 25 mai au 12 juin 2009 pour évaluation pneumologique, optimalisation du traitement et réhabilitation respiratoire. Les diagnostics suivants sont posés :

"Surinfection pulmonaire par *Streptococcus pneumoniae*. J15.8

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade III

selon GOLD avec: . J44.0

• emphysème centro-lobulaire diffus J43.9

• score de BODE de 3

• tabagisme en sevrage Z50.8

Asthme allergique.

Candidose oropharyngée.

B37.0

Hernie discale paramédiane droite (L3-L4) avec anthelistsis

L4/L5 M51.2

Rhizarthrose.

M19.0

Syndrome du tunnel carpien bilatéral. G56.0

Status post pneumonie basale D à *Haemophilus influenzae* en avril 2009.

Status post probable embolie pulmonaire en novembre 2008.

Status post spondylodèse L4-L5 en 2006.

Status post hospitalisation pour lombosciatalgies G en 2002 et lombosciatalgies D en 1999.

Status post hospitalisation en milieu psychiatrique en octobre 2006 pour état confusionnel et troubles du comportement avec:

- delirium
- syndrome de dépendance aux benzodiazépines
- troubles dépressifs récurrents
- troubles mixtes de la personnalité à traits limite et dépendant.

Allergies aux kiwis et au Zinat avec oedème de Quincke.

T88.7

Allergies aux graminées et à la polenta.

T78.4 "

- un protocole opératoire du 15 octobre 2009 du Dr [...] concernant une seconde intervention sur le pouce gauche de la recourante, suite à l'opération suivie le 30 septembre 2009.

L'OAI a conclu au rejet du recours.

D. Après interpellation, les médecins suivants ont déposé leurs réponses :

- le Dr L._____, lequel, dans sa lettre du 21 juin 2010, écrit ce qui suit :

"La situation de cette patiente depuis juin 2008 évolue relativement peu.

Son état moral est mauvais, stationnaire et traité.

Son état physique n'évolue guère. Elle présente toujours les mêmes arthralgies chroniques sans maladie spécifique définie.

L'insuffisance respiratoire persiste, elle est au bénéfice d'un traitement quotidien.

Au printemps 2009, Mme H._____ est hospitalisée à Rolle en pneumologie et stoppe son tabagisme.

A mes yeux, l'incapacité de travail persiste à 100%, toutefois, la patiente n'a aucune velléité d'activité. Elle est convaincue qu'elle est une handicapée complète.

J'ajoute encore qu'il est difficile d'apprécier sa capacité de travail dans un double contexte physique et psychique.

Je laisse à mes confrères spécialistes le soin d'évaluer les pourcents de cette incapacité que je n'estime pas totale."

- La Dresse V._____, remplaçante du Dr O._____, qui, par lettre du 30 juin 2010 indique ce qui suit :

"1. Mme H._____ reste toujours très fragile au niveau pulmonaire en raison de sa BPCO, avec emphysème. Elle présente

régulièrement des infections pulmonaires, elle a même été hospitalisée en mai 2009 pour une broncho pneumonie relativement sévère. Les traitements d'antibiotiques lui ont occasionné passablement de mycoses oropharyngées. Elle doit être suivie par un pneumologue.

2. Sur le plan ostéoarticulaire, elle a été opérée en 2006 d'une cure de canal lombaire étroit qui s'est compliquée en post-opératoire d'une brèche épidurale ayant nécessité une reprise chirurgicale. Elle souffre par la suite d'une claudication neurogène sur discopathie étagée, qui l'empêche de se mouvoir correctement et surtout de tenir la distance, raison pour laquelle elle a tendance à s'isoler. Elle continue un traitement de physiothérapie qui le stabilise, associé à un traitement antalgique puissant qu'est la morphine.

3. Sur le plan psycho-social, elle présente une dépendance médicamenteuse aux anxiolytiques liée à une personnalité anxieuse, mais aussi à son histoire de vie compliquée et difficile, à ses problèmes de santé chroniques en particulier les douleurs lombaires et des membres, ainsi que l'essoufflement au moindre effort.

4. Concernant la capacité de travail, il serait judicieux qu'elle puisse obtenir une activité adaptée à 30-40% d'occupation sous réserve que cette activité soit sans charge physique, dans un environnement sans poussière."

- Le Pr S._____, qui répond le 17 juin 2010 ce qui suit :

"1. Anamnèse

En date du 3 avril 2009, Madame H._____ me consulte en rhumatologie pour une douleur qui irradie de la région lombaire au membre inférieur droit jusqu'au tibia depuis 2 mois. Notons que dans ses antécédents, on relève une opération pour une hernie discale L4-L5 droite en date du 26.09.2006. Elle dit que ces douleurs récentes ressemblent aux douleurs qu'elle a eues dans le passé. Malgré plusieurs consultations, y compris une consultation aux urgences, les douleurs persistent.

2. Diagnostic

Lombocruralgie L3-L4 droite sur hernie discale paramédiane.

3. Quelle est l'évolution des troubles dont est atteinte la recourante?

La patiente a dû être hospitalisée dans le service de rhumatologie du 14 avril 2009 au 24 avril 2009 pour une prise en charge antalgique. L'évolution sous traitement conservateur est bonne et je

l'ai revue en contrôle en date du 09.07.2009. On retrouve à l'examen clinique à cette date, une absence du réflexe rotulien à droite, mais des douleurs minimales à la mobilisation.

4. Veuillez décrire les limitations fonctionnelles de la patiente

Selon le dernier examen, Madame H. _____ était capable de marcher et d'assumer les activités quotidiennes normales. Nous n'avons pas fait de test à l'effort, ni testé ses capacités au travail professionnel.

5 Quelle est la capacité de travail de la patiente dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Je ne peux pas répondre à la question de capacité de travail, ni estimer le taux, car une évaluation de l'activité professionnelle n'a pas été réalisée durant l'hospitalisation.

6. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la patiente d'exercer une activité lucrative?

Dans les cas de lombalgie chronique nous préconisons un programme de rééducation, ainsi que la poursuite régulière d'exercices de renforcement lombaire afin de permettre une reprise de l'activité professionnelle.

7. Quel est votre pronostic?

Chez une patiente qui a déjà eu plusieurs hospitalisations pour une lombosciatalgie et a connu des antécédents ambulatoires pour ce problème, le pronostic est réservé quant à une rechute de lombalgies. Néanmoins, si le patient suit un programme régulier d'exercices, le nombre de rechute est moins important."

- le Dr A. _____, qui répond le 24 juin 2010 comme il suit :

"1. Anamnèse:

Lors de l'hospitalisation, la plainte respiratoire faisait suite à un processus infectieux pulmonaire basal droit pour lequel une antibiothérapie de Tavanic se terminait. Mme H. _____ décrivait alors une dyspnée modérée de stade II sans toux ni expectorations. Une notion d'expectorations hémoptoïques a été évoquée fin mai mais n'a plus été constatée par la suite.

2. Diagnostics:

- > Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de stade III selon GOLD et de degré sévère selon les critères ATS/ERS de 2005, dans le cadre d'un tabagisme en sevrage.
- > Surinfection pulmonaire à *Streptococcus pneumoniae*.
- > Emphysème centrolobulaire diffus.
- > Asthme allergique.
- > Status post pneumonie basale droite à *Haemophilus influenzae* en avril 2009.
- > Probable embolie pulmonaire en novembre 2008.

Diagnostics non pneumologiques:

- > Candidose oropharyngée.
- > Hernie discale paramédiane droite (L3-L4).
- > Tunnel carpien bilatéral.
- > Rhizarthrose.
- > Antécédents d'hospitalisation pour des lombosciatalgies gauches et droites.
- > Troubles psychiatriques en octobre 2006 ayant justifié une hospitalisation pour:
 - delirium
 - syndrome de dépendance aux benzodiazépines
 - état dépressif récurrent.
- > Multiples allergies connues.

3. Quelle est l'évolution des troubles dont est atteinte la recourante? L'évolution durant le séjour hospitalier a été favorable suite à l'introduction d'une antibiothérapie pour le processus infectieux pulmonaire droit. Le relais par Azithromycine 250 mg 3x/sem. ainsi que la poursuite d'une association de bronchodilatateurs et de corticoïde inhalé ont permis un gain de 10% sur les volumes dynamiques (VEMS) confirmant une composante respiratoire fixée (BPCO) et une composante plus active (asthme allergique).

Durant l'hospitalisation, Mme H. _____ a réussi à interrompre complètement son tabagisme avec l'aide de substitutions nicotiques. Elle a également progressé au test de marche de 6 min entre l'entrée et la sortie avec un gain significatif de 80 m.

Il est clair que l'atteinte respiratoire est dépendante de la consommation tabagique mais également liée aux décompensations infectieuses récurrentes et de la prise correcte du traitement inhalé.

4. Veuillez décrire les limitations fonctionnelles de la recourante?

Les limitations à l'époque étaient modérées avec une distance de 460 m au test de marche de 6' l'amenant à un score de BODE de 3 (score allant de 0 à 10) comprenant 4 paramètres pronostics (distance, sévérité de l'obstruction bronchique, poids et dyspnée). Pour donner plus d'informations, une consultation voire même une ergospirométrie seraient nécessaires.

5. Quelle est la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

Il m'est impossible de répondre à cette question en l'absence de consultation récente et devant un séjour hospitalier à Rolle datant d'une année.

6. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative?

La réponse à cette question est également délicate en l'absence de consultation récente, mais il paraît capital de pouvoir garder une cessation tabagique, un suivi respiratoire et une prise en charge médicamenteuse pneumologique adéquate dans ce contexte tout en maintenant une activité physique régulière.

7. Quel est votre pronostic ?

Le pronostic est dépendant de ce qui a été évoqué au point 6 en terme de traitement et de prise en charge et la situation peut rester stable si la cessation tabagique persiste. Il m'est difficile de donner plus d'informations en l'absence de constatation évolutive et d'un suivi régulier."

L'OAI a conclu au rejet du recours. Il a notamment produit un avis médical établi le 19 juillet 2010 par le Dr Q. _____ selon lequel l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié en dehors de la période d'hospitalisation du 25 mai au 12 juin 2009, laquelle est postérieure aux décisions de l'OAI. Il ajoute qu'il est possible que la situation ait changé après la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité de la recourante.

3. L'examen d'une nouvelle demande doit se faire aux conditions de la révision (TFA du 16 octobre 2003 - 130 V 64, op. cit. - cause I 249/01 ; TFA du 1^{er} décembre 2003 - 130 V 71 - cause I 465/03). En outre, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 sv. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, 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 et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la

décision litigieuse (ATF 133 V 108;TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi-rente (art. 28 LAI).

4. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la

situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confrère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

5. a) En l'espèce, s'agissant de la capacité de travail, lors de la première décision rendue par l'OAI le 3 octobre 2000, il n'y avait pas d'affections somatiques entraînant une incapacité de travail dans une activité adaptée.

Sur le plan psychique, le TASS a retenu une incapacité de travail moyenne de 10% tout au plus.

Depuis lors, la recourante a été hospitalisée en milieu psychiatrique en octobre 2006 pour état confusionnel et troubles du comportement. Hormis cet épisode, il n'y a rien au dossier attestant d'une aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique.

b) Sur le plan somatique, le Dr O._____ indique une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 2002, sans la motiver. Son avis ne peut dès lors être suivi. Le Dr K._____ mentionne que la recourante est atteinte de rhizarthrose bilatérale et qu'elle a subi une intervention à la main droite le 10 septembre 2003, sa capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir ne nécessitant pas l'usage en force et répétitif des deux mains, étant de 50% depuis le 1^{er} janvier 2004 et entière dès le 1^{er} avril 2004. Les rapports du Dr K._____ sont complets et détaillés et les conclusions de ce praticien sont claires et motivées. Elles sont en outre confirmées par la Dresse W._____. En conséquence, il y a lieu de les suivre.

La recourante souffre en outre d'une BCPO diagnostiquée en avril 2004. Le Dr C._____ estime que cette affection permet à la recourante d'exercer une activité adaptée dans un environnement sain à raison de 50% au maximum, le rendement devant dépendre de l'évolution de la maladie respiratoire et de l'extension des bronchectasies. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes : la position assise ne doit pas dépasser 4 à 6 heures par jour et la position debout 4 heures par jour. En outre, sont à éviter la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, lever, porter ou déplacer des charges, des mouvements des membres ou du dos répétitifs, un horaire de travail irrégulier de nuit/matin, un travail en hauteur/sur une échelle et des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. A éviter également le froid, la poussière et les allergènes connus et identifiés. Les conclusions du Dr W._____ sont claires et motivées. Elles doivent être suivies également.

Quant à l'hospitalisation de la recourante du 25 mai au 12 juin 2009 pour évaluation pneumologique, optimalisation du traitement et réhabilitation respiratoire, elle a eu lieu après que les décisions litigieuses

ont été rendues et il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure.

Le 21 septembre 2006, la recourante a subi une spondylodèse pour canal lombaire étroit, et avec reprise pour brèche avec liquorrhée le 23 septembre 2006. L'évolution est favorable lors du contrôle le 26 février 2007. Le Dr X._____ estime qu'une activité adaptée peut être exigée, les limitations fonctionnelles étant : pas de position debout, à genoux ou accroupie, d'inclinaison du buste, éviter de lever, porter ou déplacer des charges, des mouvements des membres ou du dos, pas de travail en hauteur/sur une échelle, ni de déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le parcours à pied ne doit pas dépasser 50 m. Les conclusions du Dr X._____ sont également claires et bien motivées. Elles ne sont remises en cause par aucun autre spécialiste. Elles doivent donc être suivies.

La recourante a certes été hospitalisée 10 jours dans le service de rhumatologie du CHUV pour une cruralgie droite sur hernie discale para-médiane droite L3-L4. Le Pr S._____ mentionne toutefois qu'au vu de la bonne évolution, il n'y a pas d'indication pour une sanction chirurgicale, le traitement conservateur devant être poursuivi avec une baisse progressive de l'antalgie. Le 17 juin 2010, il a confirmé cette évolution. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail.

Le Dr L._____ mentionne dans sa lettre du 21 juin 2010, que la situation de la recourante depuis juin 2008 évolue relativement peu. S'agissant de l'incapacité de travail, il indique qu'elle persiste à 100% mais aussi qu'il laisse à ses confrères spécialistes le soin d'évaluer les pourcents de cette incapacité qu'il n'estime pas totale. Cette appréciation de la capacité de travail, peu claire, voir contradictoire ne peut être retenue. Quant à la Dresse V._____, elle estime la capacité de travail dans une activité adaptée à 30-40 %. Elle ne motive toutefois pas cette appréciation, de sorte qu'elle ne peut être retenue non plus.

En conséquence il y a lieu de retenir dans une activité adaptée une incapacité de travail complète dès le 10 septembre 2003, date de

l'intervention subie à la main droite, puis de 50% dès le 1^{er} janvier 2004, l'incapacité de travail perdurant par la suite au même taux à cause de la BCPO, ce jusqu'au 21 septembre 2006, date à laquelle la recourante a subi une spondylodèse pour canal lombaire étroit, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale ayant duré jusqu'au 26 février 2007. Cette affection n'ayant plus entraîné d'incapacité de travail par la suite, la recourante était de nouveau apte à travailler à 50%. C'est d'ailleurs ce qu'a retenu la Dresse W. _____ dans son avis du 16 juillet 2007 et qui doit être ainsi confirmé.

c) Le droit à la rente est ainsi ouvert dès le 1^{er} septembre 2004, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur au 31 décembre 2007).

6.- Sur le plan économique, il faut, selon la jurisprudence procéder à une comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGa). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGa (ATF 132 V 393 consid. 3.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310), permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 9C_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Il convient alors de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant

toujours sur la médiane ou valeur centrale. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, bien qu'il soit hypothétique, la jurisprudence considère qu'il n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_104/2010 du 27 juillet 2010, consid. 4.1).

Concernant le revenu sans invalidité, la recourante a travaillé comme serveuse. Le TASS avait retenu un revenu mensuel de 2'710 fr. en se fondant sur l'art. 10 ch. I lettre b) de la CCNT pour les hôtels, restaurants et cafés (collaborateurs sans apprentissage avec formation élémentaire). En 2004, l'art. 10 al. 1 ch. I (Collaborateur sans apprentissage) de la CCNT prévoit le montant mensuel de 3'120 fr. et en 2007 celui de 3'242 fr. comme l'a retenu l'OAI. Le salaire annuel sans invalidité s'élève ainsi à 40'560 fr. (3'120 fr. x 13) en 2004 et 42'146 fr. en 2007 (3'242 fr. x 13).

Quant au salaire avec invalidité dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'ESS.

En l'occurrence, pour 2004 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 3'893 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2004; TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant est porté à 4'048 fr. 72, ce qui donne un salaire annuel à 100% de 48'584 fr. 64, soit à 50%, un salaire d'invalidé de 24'292 fr. 32.

Pour l'année 2007, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2006, soit 4'019 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2006; TA1; niveau de qualification 4), adapté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2009, p. 90, tableau B 9.2), et indexé à l'évolution des salaires nominaux entre 2006 et 2007 (+1.60% de 2006 à 2007), soit 4'256 fr. 85, ce qui donne un salaire annuel à 100% de 51'82 fr. 13, soit à 50% un salaire d'invalidé de 25'541 fr. 10.

Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1; TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). Il convient d'examiner ce qu'il en est, dans le cas concret, du taux d'abattement fixé par l'OAI. En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2).

En l'espèce, l'OAI a réduit le revenu d'invalidé pour 2004 et 2007 de 10% pour tenir compte des empêchements propres à la personne de la recourante.

Cette réduction apparaît toutefois nettement insuffisante, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante, de son âge et de son absence de formation. Il y a lieu dès lors lieu de

retenir une réduction de 20%. Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 19'433 fr. 90 en 2004 et à 20'432 fr. 85 en 2007.

Comparés aux revenus sans invalidité pour ces mêmes années, le taux d'invalidité est le suivant:

Pour 2004:

revenu sans invalidité: 40'560 fr.

revenu avec invalidité: 19'433 fr. 90

perte de gain: 21'126 fr. 14

taux d'invalidité: 52.09%

Pour 2007:

revenu sans invalidité: 42'146 fr.

revenu avec invalidité: 20'432 fr. 85

perte de gain: 21'713 fr. 15

taux d'invalidité: 51.52%.

La recourante a dès lors droit à :

- une demi-rente, du 1^{er} septembre 2004, soit après le délai d'attente d'une année, au 31 décembre 2006;
- une rente entière du 1^{er} janvier 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 2, RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) au 31 mai 2007;
- une demi-rente (51.52%) dès le 1^{er} juin 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI.

7. Par conséquent, le recours est partiellement admis et les décisions attaquées réformées au sens des considérants qui précèdent.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé seule (art. 55 al. 1 LPA-VD), ni de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. Les décisions rendues les 24 avril et 29 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens qu'est allouée à H. _____ une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2004 au 31 décembre 2006, une rente entière du 1^{er} janvier 2007 au 31 mai 2007 et une demi-rente dès le 1^{er} juin 2007.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme H. _____
- 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).

La greffière :