

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2011

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       M. Jomini et Mme Brélaz Braillard  
Greffière :       Mme Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Territet, recourante, représentée par CAP Protection Juridique,  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; 28 al. 2 LAI; 87 al. 3 et 88bis al.  
1 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 24 août 1949, a déposé le 18 juin 2004, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. La demande était motivée par une incapacité de travail totale depuis 1997 en raison d'une atteinte physique et psychiatrique existant depuis plusieurs années. Dans le complément à la demande signé le 9 juillet 2004, elle indiquait qu'en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en tant que barmaid à un taux d'activité de 100%.

Dans le rapport médical du 5 août 2004 adressé à l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif existant depuis dix ans, de fibromyalgie probable existant depuis quatre à cinq ans, et d'asthme bronchique allergique présent depuis l'enfance. Dans l'annexe au rapport, il ne s'est pas prononcé sur l'évaluation de la réinsertion professionnelle ni sur les capacités fonctionnelles, dans la mesure où la patiente n'avait plus d'activité professionnelle.

Interpellé par l'OAI, le Dr R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a retenu dans son rapport médical du 6 octobre 2004 les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble bipolaire, épisode maniaque isolé sévère avec caractéristiques psychotiques (F 30.2) et de trouble dépressif majeur avec idées suicidaires (F 32.1), troubles se développant progressivement depuis plusieurs années. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que l'incapacité de travail était totale depuis 1999.

Afin d'évaluer le droit à des prestations de l'AI, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, lequel a adressé son rapport à l'OAI le 4 mars 2005. Constatant que ce rapport comportait de nombreuses discordances

notamment entre les éléments objectifs décrits, les conclusions et la capacité de travail exigible, la Dresse H. \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a demandé, par avis médical du 6 avril 2005, la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire par le SMR.

L'examen rhumatologique et psychiatrique a été réalisé le 28 février 2006 par le Dr G. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, médecine physique et rééducation, et la Dresse E. \_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. Les Drs M. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et W. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH, ont contresigné le rapport d'examen le 5 février 2007. L'examen a mis en évidence des atteintes à la santé somatique - avec répercussion sur la capacité de travail - sous la forme de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose étagée (M54.2) et, sur le plan psychiatrique, un trouble affectif bipolaire, pathologie chronique, avec des décompensations maniaques ou hypomaniaques et dépressives imprévisibles, considéré actuellement en rémission. Les examinateurs ont également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies non déficitaires dans un contexte de troubles statiques de discopathie L4-5 et troubles dégénératifs postérieurs, un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, de l'asthme bronchique, un trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs d'intensité légère (F42.1), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue (F13.25), un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, non décompensé (F60.30) et un syndrome de dépendance à l'alcool, en rémission partielle (F10). Au terme de l'examen SMR, il a été retenu ce qui suit:

***"Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :***

Rachis cervical: position en hyper extension prolongée; mouvements répétitifs en flexion-extension. Mouvements en rotation brusques ou répétitifs. Port de charge bras tendu > 4,5kg de façon répétitif. Port de charge supérieur à 10 kg.

Psychiatrique: fragilité psychologique, décompensation imprévisible du trouble bipolaire.

**Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Du point de vue somatique, il n'y a jamais eu d'incapacité égale à 20%. La cervicarthrose constatée est compatible avec l'activité de «barmaid» dans un casino, respectant les limitations fonctionnelles décrites. Alors qu'elle effectuait cette activité professionnelle l'assurée n'avait pas d'arrêt maladie répété pour des cervicalgies. Le syndrome douloureux de type fibromyalgique surajouté n'est pas reconnu comme une atteinte à la santé physique au sens de l'AI. Il n'y a aucune atteinte ostéo-articulaire ou musculaire sous-jacente objectivable, à l'origine d'une perte de fonction. En ce qui concerne l'asthme en dehors des périodes de crise, l'assurée ne présente pas d'insuffisance respiratoire contre-indiquant une activité physiquement légère.

**Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Il est resté stationnaire sur le plan somatique et psychiatrique.

**Concernant la capacité de travail exigible,**

Dans l'activité professionnelle physiquement légère effectuée, elle est complète. On retiendra par ailleurs un surplus pondéral, pouvant gêner l'assurée dans sa tolérance à l'effort. L'obésité n'est pas reconnue en tant que tel par l'Assurance Invalidité comme cause invalidante. Par conséquent, c'est la maladie psychiatrique chronique qui justifie une diminution de la capacité de travail de 50% dans toute activité.

**CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE GLOBALE**

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE DE BARMAID : 50%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 50%

DEPUIS : 2003"

Dans le rapport d'examen SMR du 14 août 2006, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a considéré que, sur le plan somatique, les cervicalgies, même si elles représentaient une atteinte à la santé potentiellement invalidante, étaient compatibles avec toutes les activités antérieurement exercées par l'assurée. Partant, cette dernière était à même, compte tenu de l'absence de perte d'intégration sociale et du bon fonctionnement au sein de sa famille, de retrouver une activité compatible avec ses compétences professionnelles à 50%.

Par projet d'acceptation de rente du 31 août 2006, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2004, retenant un degré d'invalidité de 50%.

L'assurée a expliqué par courrier du 6 septembre 2006 à l'OAI qu'une rente de 50% était insuffisante.

Le 26 septembre 2006, le Dr B. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de sa patiente connaissait effectivement une aggravation essentiellement liée à une pathologie dégénérative touchant les genoux et la colonne vertébrale.

Dans un avis médical SMR du 6 novembre 2006, le Dr W. \_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit:

"L'assurée prétend présenter de nouvelles atteintes. Nous constatons que la colonne vertébrale a été examinée et que les LF en rapport avec les pathologies ont été décrites lors de l'examen au SMR de juin 2006.

Quant aux genoux, il ne peut s'agir d'une pathologie dégénérative grave, vu le status rassurant de juin 2006 (pas d'épanchements, distance talon-fesse 7 cm).

Il n'y a donc pas d'aggravation."

Dans une lettre d'accompagnement du 28 novembre 2006, l'OAI a exposé, en se fondant sur l'examen bidisciplinaire du SMR du 28 février 2006, que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait plus de travailler normalement depuis mai 2003. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit en mai 2004, sa capacité de travail était considérée comme égale à 50% dans n'importe quelle activité.

Par décision du 4 mai 2007, l'OAI a confirmé le projet de décision du 31 août 2006 accordant à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2004. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

**B.** Le 6 novembre 2007, F.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une aggravation de son état de santé.

Par courrier du 10 décembre 2007, l'OAI lui a imparti un délai de trente jours pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, dans la mesure où la demande de révision ne satisfaisait pas à cette exigence.

Le 24 décembre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que la pathologie ostéoarticulaire dont souffrait l'assurée connaissait une aggravation depuis l'été 2006. Il expliquait que la péjoration touchait essentiellement le rachis et les genoux et que les investigations effectuées en mars et septembre 2006 dans le service de radiologie de l'Hôpital de [...] montraient une atteinte sévère de type dégénératif parfaitement corroborée avec la clinique.

Dans un rapport médical intermédiaire établi le 31 décembre 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychothérapie, a retenu le diagnostic d'état dépressif récurrent (F33.11). Suivant la patiente depuis une année, il indiquait que son état de santé s'était aggravé malgré ses efforts et qu'une aide à domicile était désormais nécessaire pour faire le ménage. Il concluait que le but du suivi était de stabiliser l'état dépressif de la patiente.

Dans son rapport médical à l'OAI du 13 février 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué - comme ayant des répercussions sur la capacité de travail - une gonarthrose bilatérale, une spondylarthrose cervicale et lombaire, un état dépressif, une fibromyalgie probable et de l'asthme bronchique allergique. Il indiquait que l'état de santé de sa patiente s'aggravait, que la capacité de travail était nulle, rappelant que l'assurée étant sans activité professionnelle et prise en charge par les services sociaux. Il n'a pas rempli les annexes au rapport ("Rapport médical concernant les capacités professionnelles" et "Indications concernant

l'évaluation de la réinsertion professionnelle et/ou de la demande de rente"), mentionnant : "à voir avec vos experts".

Interpellé par l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport médical du 25 février 2008 les diagnostics - ayant des répercussions sur la capacité de travail - d'état dépressif majeur avec idées suicidaires (F32.9) et de troubles de la personnalité (F60.9). Il attestait d'une incapacité de travail à 100% depuis 1999. Il a conclu que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'aucune activité n'était envisageable.

Le 18 mars 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_ a adressé une attestation médicale à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, dans laquelle il certifiait que sa patiente était en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée, en raison d'une sévère atteinte ostéo-articulaire. Il précisait que du point de vue pratique, il n'y avait aucune branche d'activité compatible avec le problème de santé de l'assurée. Il ajoutait qu'au bénéfice d'une demi-rente AI, une nouvelle demande de rente complète avait été déposée auprès de l'OAI.

Dans un avis médical du 26 août 2008, le SMR, par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin physique et réadaptation, s'est prononcé comme suit:

"Actuellement, dans le cadre d'une révision à la demande de l'assurée, aussi bien le Dr B. \_\_\_\_\_ que le Dr T. \_\_\_\_\_ font état d'une aggravation de l'état de santé en mettant en avant une aggravation sur le plan ostéoarticulaire, évoluant depuis l'été 2006, avec apparition de lombalgies sur troubles dégénératifs et gonalgies bilatérales.

A signaler par ailleurs que ces 2 médecins attestent une incapacité de travail totale depuis déjà 1999.

En pratique, il faut aussi savoir que cette assurée présente un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie) évoluant depuis de nombreuses années, qui n'a pas été retenu comme une atteinte à la santé à caractère incapacitant sur la base des critères de la jurisprudence actuelle.

Les aggravations sur le plan de la santé, mises en avant par les 2 médecins traitants, sont d'ordre somatique, ils font état de troubles dégénératifs au niveau du rachis lombaire et de troubles dégénératifs touchant les 2 genoux, débutants.

Lors de l'examen bidisciplinaire de février 2006, des limitations fonctionnelles déjà mises en place prenaient en considération les plaintes sur le plan lombaire, même si celles-ci n'étaient pas intégrées en tant que diagnostic à caractère incapacitant.

Actuellement, nous nous trouvons en présence de plaintes algiques diffuses, dans un contexte de syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), chez une assurée présentant toujours une consommation active d'alcool.

Sur le plan strictement ostéoarticulaire, mise en évidence d'une gonarthrose bilatérale débutante.

Au vu de cette atteinte dégénérative, les limitations fonctionnelles sont modifiées: pas de port de charge sup. à 5 kg de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position statique au-delà de 40 min sans possibilité de varier les positions assises/debout au minimum 1x/h, diminution du périmètre de marche à environ 30 min, pas de position statique debout, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, éviter les positions en genuflexion ou accroupies à répétition, pas d'activité en hauteur.

Toute activité professionnelle qui respecte ces limitations fonctionnelles est toujours possible à un taux de 50%.

Sur le plan strictement médical, il y a bel et bien aggravation de l'état de santé. Toutefois, la capacité de travail résiduelle n'est pas modifiée, elle est maintenue à 50% dans une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles établies."

Le 3 novembre 2008, une scintigraphie osseuse a été réalisée au Département d'imagerie médicale et médecine nucléaire, par la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine nucléaire. L'examen a démontré des troubles dégénératifs sur toutes les grosses articulations, des troubles dégénératifs sur le rachis dorsal haut - accompagnant une scoliose dextro-concave - et une fracture sur l'arc antérieur de la sixième côte droite.

Retenant, sur la base de l'avis du SMR du 26 août 2008 une modification des limitations fonctionnelles, une aggravation de l'état de santé sur le plan strictement médical et, toutefois, le maintien de l'incapacité de travail à 50%, l'OAI a requis une enquête économique tendant à actualiser les éléments économiques liés à l'octroi de la rente. Le rapport d'enquête économique, établi le 17 novembre 2008, exposait ce qui suit:

"Sur la base de l'avis SMR du 26.08.2008, si la capacité de travail exigible est inchangée (50%), il est néanmoins nécessaire de prendre en compte les limitations fonctionnelles liées aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires (cf. avis du 26.08.2008).

Sur la base de celles-ci, l'activité de barmaid peut être considérée comme contre-indiquée. Si l'on retient les limitations fonctionnelles du SMR et compte tenu d'une capacité de travail réduite à 50%, les limitations fonctionnelles nous semblent théoriquement compatibles avec l'exercice d'activités industrielles légères, à prédominance sédentaires, permettant l'alternance de positions. Sur le vu de ce qui précède, le revenu d'invalidé (**RI**) **peut être fixé, à 50% à Sfr. 21'710.--.**

La dernière activité exercée par l'assurée l'a été de janvier à mai 1996 selon les compte individuels et ce pour un revenu brut de Sfr. 16'149.--. Annualisé, ce montant représente un revenu annuel de Sfr. 38'758.--. Indexé pour 2007 ( $21117 \times 2417 + 1.6\%$ ), celui-ci se monte à Sfr. 44'958.40 en 2007. Au vu d'une si longue absence d'activité, nous serions enclins à retenir comme **RS l'ESS, qui en 2007 peut être évalué à Sfr. 51'082.--.**

RS indexé : 2007 : 51'082.--

RI révision : 2007 : 21'710.--

**Préjudice économique : Sfr. 29'372.— soit 57.5%."**

Selon le détail du calcul du salaire exigible de l'OAI du 14 novembre 2008, le revenu d'invalidé, retenu conformément à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (4'019 fr.; année de référence 2006; ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4), prenait en compte, outre l'indexation pour 2007, un taux horaire de 50% et une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial de 15%.

Dans l'avis médical SMR du 8 avril 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que la scintigraphie effectuée le 3 novembre 2008 n'apportait aucun élément d'ordre médical nouveau et que le trouble dégénératif diffus, touchant le rachis et les grosses articulations, était déjà connu. Il relevait qu'une incapacité de travail de 50% avait été retenue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà établies de façon exhaustive et que le syndrome algique chronique (fibromyalgie) présenté par l'assurée n'avait pas été jugé comme invalidant, vu l'absence de critères de sévérité selon la jurisprudence.

Le 20 avril 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans lequel l'augmentation de la rente d'invalidité lui était refusée, au motif que, sur la base de l'avis du SMR et de l'enquête économique, le degré d'invalidité retenu (57.5 % arrondi à 58 %) donnait droit à la même rente que celle déjà versée jusqu'ici.

L'assurée, par l'intermédiaire de CAP Protection juridique, a fait part de ses objections relatives au projet de décision et a fait valoir, par courrier du 28 mai 2009, qu'il était aujourd'hui admis qu'elle présentait des troubles d'ordre organique ayant une influence certaine sur sa capacité résiduelle de travail; il était dès lors aberrant de conclure qu'elle pouvait exercer une activité à concurrence de 50%, au vu des limitations tant psychiques que physiques. Elle soutenait en outre que, aujourd'hui âgée de 60 ans et sans activité professionnelle depuis plus de dix ans, il était parfaitement illusoire de penser qu'elle était en mesure de trouver une place de travail. Au demeurant, elle reprochait à l'OAI de n'avoir pas admis comme invalidant le syndrome de fibromyalgie, alors qu'il devait l'être dans la mesure où, conformément à la jurisprudence, il était associé à une comorbidité psychiatrique.

Par décision du 15 juin 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision. La motivation correspondait en tous points à celle du préavis du 20 avril 2009. Une lettre explicative, adressée le même jour à l'assurée, retenait en particulier ce qui suit:

"Nous avons réexaminé les pièces du dossier de Madame F. \_\_\_\_\_, puis présenté son dossier à notre Service juridique. Il en ressort ce qui suit :

Le Dr T. \_\_\_\_\_ et le Dr B. \_\_\_\_\_ font état d'une aggravation sur le plan ostéoarticulaire, évoluant depuis l'été 2006, avec apparition de lombalgies sur troubles dégénératifs et gonalgies bilatérales. Il est à signaler que ces médecins attestent d'ailleurs une incapacité de travail totale depuis déjà 1999.

Le rapport pluridisciplinaire du 19 juin 2006 tenait déjà compte des plaintes au niveau lombaire qui engendraient des limitations, mais n'étaient pas intégrées en tant que diagnostic à caractère incapacitant. D'ailleurs, aucune incapacité égale à 20% n' a été constatée alors qu'elle effectuait son activité de barmaid dans un casino.

Pour ce qui est des plaintes algiques diffuses dans un contexte de syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), il ressort de l'expertise pluridisciplinaire que l'assurée ne présente pas un état douloureux d'une gravité telle - eu égard aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail partielle ou totale ne peut plus être exigible de sa part. Aucun signe de souffrance objectivable n'est constaté, elle ne suit aucun traitement sur le plan rhumatologique et sa vie sociale est normale.

La mise en évidence d'une gonarthrose bilatérale débutante modifie certes les limitations pour l'exercice d'une activité, mais toute activité qui respecte les nouvelles limitations prises en compte peut toujours être exercée à 50%.

Pour ce qui est du revenu - lorsque la personne n'a plus exercé une nouvelle activité après la survenance de l'invalidité - c'est les barèmes de salaire (Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique) qui sont utilisés pour déterminer le salaire que l'assurée pourrait encore réaliser.

Il est tenu compte que les personnes handicapées pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères sont désavantagées en ce qui concerne leur rémunération par rapport aux salariés totalement productif employés pour le même travail, en effectuant une réduction sur les montants du barème.

Dans le cas de Madame F. \_\_\_\_\_, il a été tenu compte d'une réduction de 15% du salaire pris en compte qui est en relation avec les limitations fonctionnelles et l'âge.

Votre contestation ne nous amène aucun argument permettant de modifier notre point de vue. Dès lors, une décision conforme à notre projet est jointe à cette lettre."

**C.** L'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre cette décision par acte du 20 août 2009, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et, principalement, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire à l'OAI, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de trois quarts. En substance, elle reproche à l'intimé d'avoir refusé d'admettre une aggravation de son état de santé avec incidence sur la capacité résiduelle de travail, dans la mesure où, si l'on ajoute à la pathologie psychique la problématique physique, on ne peut maintenir à 50% l'incapacité de travail dans une activité adaptée. En outre, elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir précisé la nature exacte de l'emploi qu'elle pourrait encore exercer, au vu des limitations tant physiques que psychiques. Elle fait par ailleurs valoir que, compte tenu de son âge, du fait qu'elle n'a plus travaillé depuis plus de douze ans et des nombreuses

limitations physiques et psychiques, il convient de prendre en considération une diminution de rendement de 25%, soit le maximum admis par la pratique. Elle argue ainsi que son degré d'invalidité est de 63%, par le biais du raisonnement suivant:

"Dans son calcul (cf. enquête économique du 17 novembre 2008), l'OAI retient un salaire d'invalidé à 50% de 21'710 fr. Même si cela ne ressort pas du calcul, on peut partir de l'idée que la réduction de 15% a été opérée. Sans réduction, le salaire d'invalidé à 50% s'élèverait ainsi à 24'966 fr. 50 (21'710 x 115%). Dès lors si l'on retient une réduction de 25%, le revenu d'invalidé doit être fixé à 18'724 fr. 50.

Comparé au revenu sans invalidité retenu par l'Office intimé, soit 51'082 fr., nous obtenons ainsi un degré d'invalidité de 63%."

Dans sa détermination du 19 novembre 2009, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. S'agissant du grief relatif à la capacité de travail résiduelle, il relève que l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ n'est pas étayé alors que les médecins du SMR ont précisé les limitations fonctionnelles nouvelles dues à l'atteinte dégénérative, concluant ainsi que toute activité professionnelle respectant ces limitations est possible à un taux de 50%. S'agissant de la contestation du taux d'abattement, l'intimé relève que la recourante n'invoque aucun facteur de réduction supplémentaire à ceux déjà pris en compte dans la décision attaquée et qu'eu égard au pouvoir d'appréciation dont dispose l'administration, l'abattement de 15% ne prête pas le flanc à la critique.

Dans sa réplique du 11 janvier 2010, la recourante reproche à l'intimé de soutenir que les troubles dégénératifs au niveau du rachis lombaire et aux deux genoux, mis en évidence par les médecins traitants et confirmés par le SMR, n'ont aucune incidence sur sa capacité de travail. Rappelant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR et l'ajout des limitations psychiques à l'origine de l'octroi de la demi-rente AI, elle soutient que l'intimé aurait dû mentionner quel emploi elle pouvait encore exercer et maintient ses conclusions.

Par duplique du 29 janvier 2010, l'OAI maintient sa position. Au demeurant, il allègue avoir soumis le dossier de la recourante aux

spécialistes en réinsertion professionnelle, lesquels indiquent que F.\_\_\_\_\_ peut exercer des activités à l'établi, petits montages (avec une adaptation du poste de travail, comme par exemple, chaise assis-debout), des surveillances, vérifications, contrôles ou autres activités consistant en la surveillance de machines ou d'unités de productions automatiques ou semi-automatiques.

Le 10 février 2010, dans des observations complémentaires, la recourante souligne à nouveau que compte tenu des limitations physiques et psychiques, il est parfaitement illusoire de penser qu'elle puisse exercer à 50% et sans diminution de rendement les activités énumérées par l'intimé dans sa duplique. Elle affirme qu'elle ne sera "pratiquement jamais en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail".

### **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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la

procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – par F. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 15 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé, à la suite de la demande de révision du 6 novembre 2007, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'OAI de refuser d'augmenter la demi-rente d'invalidité de la recourante.

**3. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b; 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000 p. 314; 1996 p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b; 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

**b)** Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2).

**c)** Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette

procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 67/02 du 2 décembre 2002 consid. 4).

**d)** En l'espèce, la recourante n'a produit aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande de prestations AI du 6 novembre 2007. Considérant que l'assurée n'avait ainsi pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée, l'OAI lui a impartie par courrier du 10 décembre 2007 un délai de trente jours pour produire un rapport médical rendant plausible l'aggravation de son état de santé, en l'avertissant qu'à défaut, une décision de refus d'entrer en matière serait rendue.

La recourante a donné suite à ce courrier, dans la mesure où elle a produit les rapports médicaux des Drs B.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement des 24 et 31 décembre 2007, attestant d'une aggravation de son état de santé. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a examiné les allégations de l'assurée et repris l'instruction du dossier.

**4.** Il convient dès lors d'examiner si la pathologie psychique et la problématique physique justifient l'augmentation de la rente d'invalidité. A cet égard, la recourante conteste l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée telle qu'arrêtée par l'OAI, compte tenu de l'aggravation de son état de santé sur le plan somatique, précisant que seule l'atteinte psychique avait été prise en compte en mai 2007 pour l'octroi de la demi-rente. De plus, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir déterminé la nature exacte de l'emploi qu'elle pouvait exercer, au vu des limitations fonctionnelles physiques et psychiques, et d'avoir opéré un abattement de 15% au lieu du maximum de 25%, énumérant les problématiques physiques, psychiques, personnelle (âge) et professionnelle (inactivité durant des années) qu'elle rencontrerait sur le marché équilibré de l'emploi.

**a)** Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; 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.

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge s'il y a recours – a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

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 en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 de médecins traitants. 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 confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 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 de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

**d)** Dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF I 216/06 du 28 février 2007 consid. 3.2; I 176/06 du 26 février 2006 consid. 4). Ainsi,

dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; cette présomption doit être étendue au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps

malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

**5.** Il convient d'apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies. Cette dernière est d'avis qu'au vu de la problématique somatique non retenue à l'époque, sa capacité de travail ne peut être maintenue à 50%.

**a)** Dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité, un examen rhumatologique et psychiatrique avait été réalisé par le SMR en février 2006. Les diagnostics à caractère incapacitant retenus lors de cet examen étaient des cervicalgies chroniques non déficitaires sur troubles dégénératifs associées à un trouble affectif de type bipolaire considéré en rémission. Les médecins avaient également diagnostiqué des atteintes à la santé somatique sous la forme de lombalgies non déficitaires dans un contexte de troubles statiques de discopathie L4-L5, sans répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un syndrome douloureux de type fibromyalgique, mais non reconnu comme une atteinte à la santé physique au sens de l'AI. Au terme de l'examen bidisciplinaire, ils avaient retenu que la maladie psychiatrique chronique justifiait une diminution de la capacité de travail de 50% dans toute activité.

A l'aune de ces conclusions, le SMR avait estimé que, sur le plan somatique, les cervicalgies, même si elles représentaient une atteinte à la santé potentiellement invalidante, étaient compatibles avec toutes les activités antérieurement exercées par l'assurée.

En l'absence d'éléments d'ordre physique invalidants, il s'est avéré que seules les affections psychiques ont motivé l'attribution des prestations AI, dans la décision du 4 mai 2007.

**b)** En décembre 2007, les médecins traitants de la recourante, les Drs B. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, ont tous deux reconnu une aggravation de son état de santé.

Ainsi, le Dr B. \_\_\_\_\_ relevait que la pathologie ostéoarticulaire dont souffrait la recourante connaissait une aggravation depuis l'été 2006. Puis dans le rapport médical qu'il a adressé le 13 février 2008 à l'OAI, il posait les diagnostics de gonarthrose bilatérale, de spondylarthrose cervicale et lombaire, d'état dépressif, de fibromyalgie probable et d'asthme bronchique allergique. Sans se déterminer sur les limitations fonctionnelles, ce médecin retenait une incapacité de travail totale. Le 25 février 2008, le Dr T. \_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale dans la profession de barmaid depuis 1999, retenant un état dépressif majeur (F32.9) avec idées suicidaires ainsi qu'un trouble de la personnalité (F60.9), existants depuis plusieurs années.

Pour statuer sur la révision du droit à la rente, l'OAI s'est fondé sur l'avis médical du SMR du 26 août 2008. Prenant en considération les rapports précités, le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu une aggravation sur le plan ostéoarticulaire, évoluant depuis l'été 2006, avec apparition de lombalgies sur troubles dégénératifs et gonalgies bilatérales. Il a par ailleurs considéré que le diagnostic de fibromyalgie (syndrome douloureux chronique) n'avait aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée et a relevé que, lors de l'examen bidisciplinaire de février 2006, les plaintes lombaires avaient été prises en compte dans les limitations

fonctionnelles. Finalement, il a retenu que la gonarthrose bilatérale débutante présentée par la recourante imposait la reconnaissance d'un certain nombre de nouvelles limitations fonctionnelles - pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de position statique au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assises/debout au minimum une fois par heure, diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes, pas de position statique debout, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, éviter les positions en genufléxion ou accroupies à répétition, pas d'activité en hauteur - mais qui étaient clairement compatibles avec une activité adaptée exercée à 50%.

**c)** Sur le plan somatique, il est unanimement admis qu'en raison de la gonarthrose bilatérale débutante, l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision du 4 mai 2007. Au demeurant, on ne saurait retenir, comme nouvelles atteintes invalidantes, les diagnostics de fibromyalgie et de spondylarthrose cervicale et lombaire, posés lors de l'examen bidisciplinaire de février 2006, soit antérieurement à la décision initiale. En effet, les médecins du SMR avaient estimé que le syndrome douloureux de type fibromyalgique surajouté n'était pas reconnu comme une atteinte à la santé physique au sens de l'AI, que la cervicarthrose était compatible avec l'activité de barmaid et que les lombalgies non déficitaires étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Aucune aggravation de ces atteintes n'a pas ailleurs été mise en évidence.

On précisera que le diagnostic de fibromyalgie ne peut se voir reconnaître un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 4.d *supra*). Les médecins traitants n'ont pas relevé chez la recourante la présence de critères déterminants qui n'auraient pas été retenus lors de l'examen bidisciplinaire. Il ressort en outre de ce dernier que l'assurée ne présente pas un état douloureux d'une gravité particulière telle que la mise en valeur de sa capacité de travail partielle ou totale ne peut plus être exigible de sa part. Aucun signe de souffrance objectivable n'est constaté, elle ne suit aucun traitement sur

le plan rhumatologique et sa vie sociale est normale. Il en découle qu'aucun avis médical n'expose que les critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux sont remplis.

**d)** Tenant compte de l'aggravation sur le plan ostéoarticulaire, le SMR a précisément déterminé les nouvelles limitations fonctionnelles et établit qu'une activité professionnelle respectant ces dernières était toujours possible à un taux de 50%.

La recourante soutient à tort que l'incapacité de travail doit indéniablement être modifiée à la hausse si l'on ajoute à la pathologie psychique - seule prise en compte lors de l'octroi de la demi-rente AI en mai 2007 - la problématique physique. En effet, le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale (Jacques Meine, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in: L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 ss; François Paychère, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, ibidem, p. 147).

Par ailleurs, au vu des rapports des médecins traitants, on ne saurait considérer que le SMR s'est fourvoyé en considérant en l'espèce que le taux d'incapacité psychique englobait le taux d'incapacité physique. Les avis des médecins traitants ne sont pas suffisants pour que l'on puisse se convaincre, au degré de la vraisemblance requis, que les troubles physiques empêcheraient l'assurée de mettre en valeur ses capacités psychiques dans une activité exercée à 50%. En effet, leurs conclusions ne sont pas étayées par des explications claires quant aux motifs qui justifieraient une incapacité de travail totale, dans toute activité.

Partant, on ne saurait voir de contradiction dans les conclusions de l'avis médical SMR du 26 août 2008, lequel a procédé à une évaluation globale, tenant compte tant des troubles psychiques que des troubles physiques.

**e)** A l'aune de ce qui précède, on doit reconnaître que les conclusions du SMR ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. De plus, la Cour ne saurait écarter l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ aux profits de celui des médecins traitants, lesquels sont dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. L'appréciation du SMR doit d'autant plus être privilégiée que les Drs B. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ n'ont fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ serait erroné. *A contrario*, le Dr B. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur les conséquences que la pathologie ostéoarticulaire peut engendrer sur la capacité de travail de la patiente et laisse le soin aux experts de l'assurance-invalidité de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail. En effet, lors de l'établissement du rapport médical du 13 février 2008, ce dernier n'a pas rempli le "Rapport médical concernant les capacités professionnelles" ni l'annexe au rapport médical "Indications concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle et/ou de la demande de rente".

Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions du SMR du 26 août 2008 quant à l'impact de la pathologie psychique et des problématiques physiques sur la capacité de travail de la recourante. Il y a dès lors lieu d'admettre que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies.

**6.** Cela étant, il convient de déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

**a)** En vertu de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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).

Est déterminante, pour l'évaluation du taux d'invalidité, l'activité raisonnablement exigible de l'assuré compte tenu de l'atteinte à sa santé, et non pas celle effectivement accomplie par l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2c; 105 V 176 consid. 2). Il est ainsi sans importance, pour l'évaluation du revenu d'invalidité, de savoir si une personne handicapée exerce effectivement l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], dans sa version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, n° 3045 p. 54). Elle ne peut donc, par exemple, prétendre à une rente AI si elle n'utilise pas pleinement sa capacité de travail, obéissant à des considérations purement personnelles, alors qu'en exerçant une telle activité, elle pourrait réaliser un revenu excluant l'octroi d'une rente (RCC 1982 p. 471; 1980 p. 581). Pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a de surcroît pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_22/2009 du 22 décembre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des 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; 126 V 75 consid. 3b/bb; 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006 consid. 2.5; I 298/2004 du 21 juillet 2005 consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). Pour

effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane (valeur centrale) (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

**b)** Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C\_91/2010 du 2 juillet 2010 consid. 4.1). 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 (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'OAI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2; 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2; 126 V 75 5b/dd).

**7.** La méthode employée par l'intimé pour la détermination du revenu d'invalidité, à savoir la référence aux salaires statistiques ressortant de l'ESS pour l'année 2007, ne porte pas flanc à la critique. Cette pratique est parfaitement admise dans l'éventualité où, comme cela est le cas en l'espèce, l'assurée n'a pas repris l'exercice d'une activité adaptée normalement exigible de sa part. Au demeurant, le revenu sans invalidité a également été déterminé selon l'ESS, compte tenu de la longue absence d'activité de l'assurée, soit depuis 1996. La recourante ne

critique pas cette évaluation; elle reproche toutefois à l'intimé de ne pas avoir précisé la nature exacte de l'emploi qu'elle pouvait exercer, au vu des limitations fonctionnelles établies.

**a)** Le salaire de référence retenu pour la détermination du revenu (4'019 fr.; ESS 2006 TA1, niveau de qualification 4) correspond à celui offert pour des postes de travail, toutes activités confondues dans le secteur privé, qui ne requièrent aucune qualification particulière (cf. TF I 111/2006 du 19 avril 2007 consid. 5; TFA I 298/2004 du 21 juillet 2005 consid. 6). Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives ainsi recouvertes dans les secteurs de la production et des services, on doit admettre qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Cette dernière pourrait dès lors exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle dans l'exercice de telles activités.

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 2007 (41,7 heures; cf. La Vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'189 fr.81 ( $4'019 \times 41,7 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 72 ( $4'189 \text{ fr.}81 \times 12$ ), soit de 51'082 fr. 13 après indexation en 2007 (+ 1.60%).

Le revenu sans invalidité correspond ainsi au montant de 51'082 fr. 13. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 50% dans une activité adaptée, le revenu avec invalidité doit être réduit à 25'541 fr. 07.

**b)** S'agissant de l'étendue de l'abattement du salaire statistique, l'OAI a retenu que l'âge et les limitations fonctionnelles ne justifiaient pas une réduction supérieure à 15%. La recourante soutient que l'administration n'a pas tenu suffisamment compte de l'ensemble des circonstances du cas (âge, longue période d'inactivité, problématiques

physique et psychique) et qu'il convient de retenir le taux d'abattement maximal de 25%.

L'assurée, âgée de 58 ans et deux mois au moment de la demande de révision du droit à la rente, était en dessous du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'un âge avancé, où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (TF 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4; 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Toutefois, ce critère conserve son importance, ce qu'a d'ailleurs admis l'intimé. De plus, la recourante a travaillé comme barmaid jusqu'en 1996 et n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors. Elle présente une problématique physique engendrant de nombreuses limitations fonctionnelles à laquelle s'ajoute une pathologie psychique, à l'origine de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2004. Les limitations fonctionnelles retenues sont nombreuses et contraignantes – plus importantes que celles retenues dans la première décision de rente du 4 mai 2007 – et laissent subsister un taux d'occupation de 50%.

Au demeurant, l'intimé n'a donné des exemples concrets d'activités adaptées aux limitations de la recourante que dans la duplique adressée à la Cour de céans le 29 janvier 2010, et n'a, dans l'intervalle, jamais aidé celle-ci à élaborer un projet professionnel réaliste et convenable.

Partant, il y a lieu de considérer que la recourante ne peut exploiter sa capacité résiduelle de travail qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne, en raison de la longue période d'inactivité, du taux d'occupation, en sus des facteurs retenus par l'intimé, soit l'âge et les limitations fonctionnelles. Ces motifs ne doivent pas être pris en compte en tant que facteurs de réduction supplémentaires mais dans le cadre même de l'évaluation de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Dans la situation de la recourante, un abattement inférieur à 20% n'est pas adéquat, vu les critères de la jurisprudence.

L'augmentation de 5% ainsi opérée sur le revenu d'invalidé n'apparaît pas contraire aux règles jurisprudentielles en la matière.

Par conséquent, le revenu avec invalidité s'élève à 20'432 fr. 86 (25'541 fr. 07 - 20%).

**c)** Après comparaison entre le revenu sans invalidité et celui d'invalidé (art. 16 LPGA), il en découle une perte de gain de 30'649 fr. 27 (51'082 fr. 13 - 20'432 fr. 86), soit un degré d'invalidité de 59.99% (30'649 fr. 27 / 51'082 fr. 13 x 100), qui doit être arrondi à 60% (ATF 130 V 121). Ce taux ouvre le droit à trois-quarts de rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Conformément à l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée. En l'espèce, la recourante a déposé une demande de révision de prestations AI le 6 novembre 2007, de sorte qu'elle doit être mise au bénéfice de trois-quarts de rente à compter du mois de novembre 2007.

**8.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007.

**9.** **a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération ou de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publiques - tels les offices AI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité à titre de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 15 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- CAP Protection juridique, à Lausanne (pour F.\_\_\_\_\_)
- 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 :