

VD_GERICHTE ZD09.027986 vom 28. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.027986

FR: VD_GERICHTE ZD09.027986 du 28 mars 2011

IT: VD_GERICHTE ZD09.027986 del 28 marzo 2011

Erwägungen

E. 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

- 19 - 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

- 20 - 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,

- 21 - 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

- 22 - 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], 4e 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).

E. 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.

- 23 - 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

- 24 - 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 genuflexion 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

- 25 - 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 – plaider 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.

- 26 - 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.

E. 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

- 27 - 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'invalide, 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 1er 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'invalide 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

- 28 - 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'invalide (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'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder à pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide 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).

E. 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

- 30 - 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 1er 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.

- 31 - L'augmentation de 5% ainsi opérée sur le revenu d'invalidité 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'invalidité (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.

E. 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

- 29 - 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 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 50'277 fr. 72 (4'189 fr.81 x 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.

E. 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 1er novembre 2007.

E. 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.

- 32 - 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).