

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 novembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

X._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Eric Cerottini,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1, art. 28 al. 1 et 2 LAI; art. 6, art. 7 et art. 8 LPG

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée), née en 1958, a présenté le 4 janvier 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI). Elle n'avait plus d'activité professionnelle depuis quelques années, après avoir exploité sans succès un commerce jusqu'en 2004. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a traité cette demande et recueilli différents avis médicaux - du médecin généraliste traitant, la Dresse B._____, à Cheseaux-sur-Lausanne ; de la psychiatre Dresse F._____, à Lausanne, qui suit l'assurée depuis avril 2006 ; du Dr T._____, médecin adjoint à l'unité d'otoneurologie du CHUV, qui avait vu l'assurée et diagnostiqué une probable maladie de Ménière droite.

Sur la base de ces rapports, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a résumé ainsi la situation, dans un avis du 29 février 2008 :

"Son compagnon se tue en voiture et l'une de ses filles fait un tentamen. La première crise de Ménière survient en octobre 2005 pour couronner le tout. Les crises vont suivre à raison de quatre en 18 mois, chacune durant quelques semaines; le diagnostic est confirmé au CHUV par le Dr T._____ en mars 2007. De plus, depuis 2005 sont apparues des angoisses, une intense fatigue, une exacerbation de migraines anciennes et des douleurs polyarticulaires diffuses mal systématisées sans substrat organique (investigations par la Dresse H._____, rhumatologue). Un suivi psychiatrique est entrepris dès avril 2006, consistant en thérapie cognitivo-comportementale par la Dresse F._____; fin 2007, selon ce médecin il n'y a pas encore d'amélioration notable, mais la thérapie se poursuit. La psychiatre parle d'anxiété généralisée et fibromyalgie, comme le médecin traitant, et toutes deux estiment la [capacité de travail] à 30-40% pour toute activité. Le Dr T._____, spécialiste ORL au CHUV ne se prononce pas pour la [capacité de travail] en relation avec la maladie de Ménière."

Sur proposition du SMR, le COMAI Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: le CEMed) a réalisé une expertise pluridisciplinaire, confiée aux Drs C._____, rhumatologue, W._____, neurologue et Z._____, psychiatre. L'examen clinique s'est déroulé les 6/7 mai 2008 et le rapport a été déposé le 14 août 2008. Les conclusions des experts sont les suivantes (p. 24 ss) :

"Sur le plan somatique Mme X._____ présente tout d'abord des maux de tête dont le caractère évoque des céphalées migraineuses avec une probable composante tensionnelle. La symptomatologie tend actuellement à se chronifier, probablement en raison des facteurs tensionnels et d'une surconsommation médicamenteuse. Le résultat des examens complémentaires pratiqués préalablement, de même que la longue évolution des troubles en présence d'un examen neurologique normal, permettent d'écarter l'hypothèse d'une atteinte structurelle majeure sous-jacente.

Sur le plan thérapeutique, nous ne pouvons que rejoindre l'opinion du Dr V._____, à savoir qu'il convient d'effectuer un sevrage médicamenteux suivi de l'introduction d'un traitement de fond. Etant donné la composante tensionnelle et psychologique, l'efficacité d'une telle mesure reste incertaine.

En ce qui concerne les malaises et les acouphènes, la description des troubles, le résultat du présent bilan, de même que le résultat des examens complémentaires pratiqués préalablement permettent d'écarter une cause neurologique proprement dite aux plaintes. Nous n'avons notamment pas d'élément au présent bilan permettant d'affirmer l'existence d'une atteinte auditivo-vestibulo-cérébelleuse significative, ce qu'a confirmé par ailleurs l'examen oto-neuro-vestibulaire pratiqué préalablement par le Dr T._____. Pour une hypothèse de maladie de Ménière, le caractère apparemment rotatoire intense et intermittent de la symptomatologie vertigineuse aiguë est compatible avec ce diagnostic. Néanmoins, on est étonné par l'absence de toute anomalie à l'examen oto-neuro-vestibulaire détaillé pratiqué par le Dr T._____ en présence d'une longue évolution de vertiges

importants, ce qui est assez inhabituel, la maladie de Ménière s'accompagnant généralement à la longue de l'installation d'un déficit vestibulaire et cochléaire constant objectivable aux tests oto-neuro-vestibulaires. Au vu du contexte psychologique, des sensations vertigineuses persistantes entre deux et du caractère un peu atypique de l'acouphène (chuintements dans la tête, et non dans l'une ou l'autre des oreilles), on ne peut pas écarter que les malaises avec sensations de vertiges aigus ne correspondent en fait à des crises de panique. Sur le plan thérapeutique, pour ce qui est des phénomènes vertigineux, il convient de poursuivre le traitement de Betaserc et de Torecan à la demande, sans autre.

Pour ce qui est des douleurs articulaires et du rachis, l'anamnèse et l'examen clinique n'apportent aucun argument en direction d'une affection neuromusculaire à l'origine ou participant à cette composante de la symptomatologie. Il n'y a pas d'incapacité de travail.

En ce qui concerne la capacité de travail, pour ce qui est des maux de tête et des vertiges seuls, on doit admettre une capacité de travail de 50 % au minimum, ceci dans toute activité n'étant pas à risque de blessure majeure en cas de vertiges aigus.

Sur le plan psychique nous pouvons retenir les diagnostics de trouble panique avec début d'agoraphobie et de traits de personnalité borderline.

Les éléments psychiatriques, en soi, ne sont pas d'une gravité telle qu'ils justifient une limitation durable et significative de la capacité de travail et du rendement. L'agoraphobie n'est pas sévère (pour ce qui est des comportements d'évitement) au point d'être durablement incapacitante. Le trouble panique devrait faire l'objet d'une attention thérapeutique particulière pour éviter le risque d'une évolution vers l'agoraphobie grave. Le traitement du trouble panique est basé sur une approche spécifique, soit psychothérapeutique (méthode de choix: contrôle des paniques par la thérapie cognitivo-comportementale), soit pharmacologique (Sérotoninergique).

Eventuellement les deux approches peuvent être combinées. Ici, le dosage de Fluoxétine (10 mg/j) est probablement insuffisant.

[...]

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Céphalées chronifiées à caractère migraineux et tensionnel présentes depuis une vingtaine d'années.

- Sensations vertigineuses constantes se compliquant d'épisodes de vertiges aigus d'origine indéterminée (possible maladie de Ménière versus crises de panique) présentes depuis 2005.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Trouble panique avec agoraphobie (F40.01), depuis environ deux ans.

- Syndrome douloureux chronique touchant la colonne cervicale et la ceinture scapulaire sans lésion anatomique susceptible de l'expliquer.

[...]

B. Influences sur la capacité de travail:

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.

Sur le plan physique:

Les douleurs axiales et périphériques n'engendrent pas de limitation fonctionnelle.

Les céphalées n'entraînent aucune limitation physique. Les sensations vertigineuses et les malaises contre-indiquent une activité à risque de blessure en cas de chute.

Sur le plan psychique et mental: pas de limitations significatives et durables.

Sur le plan social: idem.

Sur les plans ostéo-articulaires et psychique, la capacité de travail étant pleine, il ne sera répondu ci-dessous que sur le plan neurologique.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

2. 1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Les céphalées et les vertiges entraînent une perte de rendement sous forme d'un absentéisme correspondant à une perte de rendement de 50 % en moyenne.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail:

Comme mentionné plus haut, la capacité de travail est complète mais avec une perte de rendement de 50 % liée aux absences.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

L'activité de commerçante (dernière activité exercée) est exigible à plein-temps.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Il existe une diminution de rendement que l'on peut estimer globalement comme de 50%.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis 2005.

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

Il est resté inchangé."

Dans un rapport médical du 4 septembre 2008, le SMR s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du COMAI et il a retenu que la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, était de 50 %, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation d'échelles ni de travaux en hauteur.

B. Après l'expertise, l'Office AI a prévu pour l'assurée une orientation professionnelle et il a organisé un stage d'évaluation auprès de l'association Afiro (mesure d'instruction selon l'art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Ce stage, en principe de trois mois à temps partiel, a débuté le 17 août 2009 et il a été interrompu un mois plus tard, après des absences répétées de l'intéressée. Comme cette dernière invoquait ses problèmes de santé, son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr E. _____, à Lausanne, a été invité à fournir un rapport à l'Office AI. Il a indiqué comme diagnostic la maladie de Ménière et il a exposé qu'il était impossible, pour l'assurée, d'assurer un travail soutenu.

C. Le 25 janvier 2010, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis - « projet d'acceptation de rente, octroi d'une rente d'invalidité » - qui conclut au droit à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2006, en fonction d'une incapacité de travail et de gain de 50 % dans toute activité (degré d'invalidité de 50 %).

Le 24 février 2010, l'assurée a écrit à l'Office AI pour indiquer qu'elle demandait une rente entière. Elle a fait valoir que sa santé s'était dégradée depuis la date de l'expertise COMAI, et qu'elle souffrait non seulement de la maladie de Ménière mais également de la maladie de Lyme (borréliose). Le 23 mars 2010, elle a envoyé une nouvelle lettre à l'Office AI, avec divers commentaires sur les pièces du dossier.

Le Dr E. _____ a été invité à donner des explications au sujet de la maladie de Lyme. Dans un avis du 9 juillet 2010, ce médecin a exposé que l'assurée avait présenté une borréliose sérologique en 2006, récidivant en juin 2009, se manifestant par des arthralgies difficiles à différencier de la fibromyalgie ; la maladie de Lyme n'était actuellement plus active.

Le SMR a estimé, le 22 juillet 2010, qu'il n'y avait pas de changement majeur de l'état de santé et des limitations fonctionnelles depuis l'expertise COMAI de 2008.

D. Le 30 août 2010, l'Office AI a adressé la lettre suivante à l'assurée :

"Par projet d'acceptation de rente du 25 janvier 2010, nous vous avons reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2006 en raison d'un taux d'invalidité de 50%.

Dans votre courrier du 23 mars 2010, vous contestez la capacité de travail retenue. En effet, vous alléguiez ne pas être en mesure de travailler en raison de votre état de santé.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration recueille des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré et, le cas échéant, fait procéder à des expertises par des médecins neutres. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler.

Nous avons mandaté le Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après CEMed) pour une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Dans son rapport d'expertise du 14 août 2008, le CEMed indique que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, ceci dans toute activité.

[...]

L'expertise du CEMed se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 23 mars 2010 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 25 janvier 2010 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous envoyons ce jour notre motivation à la caisse de compensation compétente afin qu'elle notifie la décision contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès du Tribunal cantonal des assurances."

E. Le 30 septembre 2010, X._____ a écrit à la Cour des assurances sociales en formant « recours contre la décision AI datée du 30 août et reçue le 2 septembre 2010 ». Elle s'est prévaluée d'une incapacité totale de travail, en maintenant sa demande de rente entière. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle n'avait pas pu rencontrer un avocat durant le délai de recours et qu'elle souhaitait bénéficier d'un délai pour compléter son écriture.

Un délai supplémentaire a été fixé à la recourante à cet effet. Elle a effectué des démarches pour obtenir l'assistance judiciaire. Par une décision du 7 décembre 2010, le bureau de l'assistance judiciaire lui a octroyé l'assistance judiciaire avec effet au 26 octobre 2010 et lui a désigné Me Eric Cerottini comme avocat d'office. Cet avocat a informé la Cour de sa désignation le 10 décembre 2010. Il a requis la fixation d'un délai supplémentaire pour compléter l'acte de recours.

F. Dans l'intervalle, soit le 29 novembre 2010, l'Office AI a rendu une décision formelle d'octroi d'une demi-rente ordinaire d'invalidité, avec effet dès le 1^{er} novembre 2010. Cette décision, notifiée par la Caisse

cantonale vaudoise de compensation, n'est pas motivée. Elle annonce la notification ultérieure d'une décision relative à la période du 1^{er} octobre 2006 au 31 octobre 2010. L'assurée a reçu cette décision le 8 décembre 2010.

La décision complémentaire pour la période précitée a été rendue le 17 janvier 2011 ; elle n'est pas non plus motivée.

G. Le juge instructeur a demandé à l'Office AI de se déterminer sur le recours déposé le 30 septembre 2010 par X._____. Cet Office a conclu à l'irrecevabilité du recours, parce qu'il n'est pas dirigé contre la décision du 29 novembre 2010 mais contre un courrier du 30 août 2010.

La recourante (par son avocat) a exposé le 30 mai 2011 qu'avant d'être assistée, elle pouvait légitimement comprendre que l'acte de l'Office AI du 30 août 2010 était une décision sujette à recours, confirmant le projet du 25 janvier 2010.

L'Office AI a été invité à se déterminer également sur le fond. Dans des observations du 20 juin 2011, il propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

La recourante a déposé un mémoire complémentaire le 22 septembre 2011. Elle précise ses conclusions en demandant la réforme de la décision de l'Office AI du 30 août 2010 en ce sens qu'elle a « droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 % rétroactivement à partir du 1^{er} octobre 2006 et pour l'avenir, jusqu'à une éventuelle nouvelle décision sur [son] degré d'invalidité, respectivement sur l'existence d'une invalidité chez [elle] ». A titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision.

Comme mesures d'instruction, la recourante requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, la fixation d'un délai supplémentaire pour produire un rapport médical réactualisé rédigé par son médecin traitant, et la fixation d'une audience

d'instruction, avec l'assignation à celle-ci de témoins dont la liste sera transmise une fois l'expertise pluridisciplinaire rendue.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. Cependant, l'art. 57a al. 1 LAI prévoit qu'avant la décision formelle, l'Office AI communique à l'assuré au moyen d'un préavis la décision qu'il entend prendre ; l'assuré a le droit d'être entendu après la communication du préavis.

En l'espèce, le préavis date du 25 janvier 2010 et la première décision formelle, sujette à recours, a été rendue le 29 novembre 2010. Dans cette décision, l'Office AI ne statue pas sur le droit à la rente pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 31 octobre 2010, quand bien même le préavis du 25 janvier 2010 ne faisait pas la distinction entre deux périodes et annonçait la notification ultérieure d'une seule décision sujette à recours. Cela étant, une seconde décision formelle a été rendue le 17 janvier 2011.

Comme les deux décisions formelles sujettes à recours, notifiées successivement, ne comportent pas de motifs justifiant l'octroi d'une demi-rente, et non pas de la rente entière demandée – contrairement à l'exigence de l'art. 49 al. 3 LPGA, qui dispose que les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties –, il n'est pas évident pour l'assuré de comprendre la situation juridique.

Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier, on ne peut pas reprocher à l'assurée d'avoir tardé à recourir contre l'une ou l'autre des deux décisions formelles. Au contraire, elle a déposé son recours avant même que ces décisions lui fussent notifiées. Elle a interprété la lettre du 30 août 2010 de l'Office AI comme la décision formelle motivée qui était annoncée dans le préavis. L'Office AI lui-même n'a pas rédigé ni communiqué d'autre motivation, avant ses deux décisions formelles, du 29 novembre 2010 et 17 janvier 2011, lesquelles ont en réalité été envoyées par la caisse de compensation. Normalement, les trois actes, à savoir la motivation et les deux décisions formelles, auraient dû être notifiés ensemble, de manière coordonnée ; l'Office AI n'a pas donné d'explications au sujet de ce défaut de coordination formelle.

Dans cette situation complexe pour une assurée non assistée – elle a obtenu un avocat d'office plusieurs semaines après sa première écriture au Tribunal cantonal –, ce recours prématuré, sommairement motivé mais dont on comprend bien l'objet, doit être considéré comme recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. La recourante, qui demande l'octroi d'une rente entière plutôt que d'une demi-rente, critique l'appréciation de son degré d'invalidité par l'Office AI. En substance, elle fait valoir que l'expertise est ancienne et incomplète, que son médecin traitant serait en mesure de rédiger un rapport réactualisé, et qu'à cause de la maladie de Ménière ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, elle a une incapacité de travail totale.

a) Selon le droit fédéral, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al.1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; s'il est de 70 % au moins, il donne droit à une rente entière ; de 60 % au moins, à trois quarts de rente ; de 50 % au moins à une demi-rente ; de 40 % au moins à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

b) L'aptitude à accomplir un travail, dans sa profession ou dans une activité adaptée, ainsi que l'aptitude à accomplir des tâches ménagère, pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, doivent d'abord être déterminées sur la base de renseignements médicaux.

Le juge des assurances sociales examine de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décide si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport

médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

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, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat médical 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. Ainsi, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. En conséquence, l'administration ou le juge est tenu d'examiner dans le détail chaque pièce médicale versée au dossier et d'indiquer, même succinctement, les raisons qui le conduisent à retenir tel avis médical plutôt que tel autre (TF I 81/07 du 8 janvier 2008), en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Au vu toutefois de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état

d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

c) La recourante semble déduire de l'échec du stage d'évaluation professionnelle Afiro la preuve qu'elle est incapable de travailler. Or les observations faites par l'organisateur de ce stage, qui n'est pas médecin et qui n'avait pas à apprécier la situation sur le plan médical, ne sont pas décisives pour l'évaluation de l'invalidité (cf. TF 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2; TFA I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2). Cet argument de la recourante n'est pas pertinent.

d) La recourante critique l'expertise du COMAI. Elle serait incomplète parce qu'elle remettrait en cause l'existence de la maladie de Ménière, maladie en soi invalidante, et parce qu'elle ignorerait les effets de cette maladie. Elle reproche également aux experts de n'avoir pas diagnostiqué de trouble somatoforme douloureux ni de fibromyalgie, contrairement aux médecins qu'elle avait consultés. Elle soutient que sa situation s'est dégradée depuis que les experts l'ont examinée, avec une intensification des crises relevant du syndrome de Ménière, des migraines, des acouphènes et des douleurs.

aa) Il convient de relever en premier lieu que le nouveau médecin traitant a été invité par l'Office AI à présenter un rapport, après la communication du préavis du 25 janvier 2010. Il n'a pas mentionné d'aggravation significative depuis la rédaction du rapport d'expertise. Rien n'empêchait la recourante de demander à son généraliste de rédiger encore un rapport circonstancié et de produire cet avis à l'appui de son recours ou de ses déterminations ; elle a renoncé à le faire. Il n'y a aucun motif, pour le tribunal, d'ordonner à la recourante de prier le médecin qui la suit de rédiger un nouveau rapport. Quoi qu'il en soit, seule la situation à la date de la décision attaquée (en automne 2010) serait déterminante, et non pas les éventuelles évolutions en 2011.

bb) La recourante affirme par ailleurs qu'elle souffre de la maladie de Lyme, qui est latente mais qui peut resurgir à n'importe quel moment et aggraver son état de santé. L'Office AI a examiné l'influence de cette maladie sur la capacité de travail au moment où il a octroyé la demi-rente. Le médecin traitant a été clair à ce sujet. Si cette maladie est latente, ou plus active, elle ne saurait avoir pour effet d'augmenter le taux d'incapacité de travail. Cela étant, en cas d'évolution défavorable de cette maladie, il incomberait à la recourante de présenter une demande de révision, ou nouvelle demande de prestations AI, question qu'il n'y a pas lieu de traiter ici.

cc) Le diagnostic de maladie de Ménière n'a pas été ignoré par les experts ; ils l'ont retenu comme possible. Quoi qu'il en soit, les organes de l'assurance-invalidité ne doivent pas examiner les diagnostics posés, mais ils doivent évaluer les effets d'une maladie sur la capacité de travail, même en cas d'hésitation quant au diagnostic exact (cf. notamment TF 9C_270/2011 du 24 août 2011 consid. 4.2).

Sous cet angle, l'expertise du COMAI est probante. Elle répond aux exigences jurisprudentielles (cf. supra, consid. 2b). Il est évident qu'une personne atteinte d'une maladie de Ménière ou de troubles comparables, soit des accès de vertiges survenant brutalement, des bourdonnements d'oreille, et normalement une surdité (hypoacousie unilatérale fluctuante), n'est pas, du seul fait de cette maladie, nécessairement dans une incapacité de travail totale. Les médecins experts ont évalué la capacité de travail résiduelle en tenant compte des empêchements subis par la recourante. Il n'y a aucun motif de mettre en doute l'estimation de la diminution de rendement (50 %, équivalent à une incapacité de travail), qui a été faite par les experts en fonction des céphalées chronifiées et des sensations vertigineuses constantes.

dd) La recourante prétend encore être atteinte d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, étant précisé que sous l'angle juridique, il y a lieu 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; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009). Ces diagnostics n'ont pas été posés par les experts. Quoi qu'il en soit, elle expose la jurisprudence du Tribunal fédéral à ce propos dans ses déterminations du 22 septembre 2011 (p. 16-17). A l'évidence, il ressort de l'expertise qu'il n'y a pas chez la recourante de comorbidité psychiatrique importante, et que les autres critères jurisprudentiels (affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale, etc.) ne sont pas réunis.

e) Les éléments probants du dossier sont suffisants, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, ni d'ordonner d'autres mesures d'instruction, par exemple l'audition de témoins au sujet de la situation médicale de la recourante.

Il résulte donc des considérants que le recours est en tous points mal fondé et qu'il doit être rejeté. Cela entraîne la confirmation de la décision attaquée - à savoir la décision prise en deux fois, les 29 novembre 2010 et 17 janvier 2011, avec une motivation communiquée préalablement le 30 août 2010.

3. La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, doit être fixée ; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance en matière civile; RSV 211.02.3] -, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour une durée de 25 minutes en 2010. Il y a lieu de rémunérer ces heures de travail au tarif usuel (180 fr./heure), ce qui représente un montant de 75 fr., auquel s'ajoute la TVA au taux de 7.6 % (5 fr. 70). Pour l'année 2011, sa liste des opérations s'est élevée à 9 heures 16. Il y a lieu de rémunérer ces heures de travail au tarif usuel (180 fr./heure) et d'allouer un montant forfaitaire de 100 fr. pour les débours, ce qui représente au total un montant de 1'768 fr., auquel s'ajoute la TVA au taux de 8 %, y compris les débours (141 fr. 45). L'indemnité d'office s'élève ainsi à un montant de 1'990 fr. 15, débours et TVA comprise. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis provisoirement à la charge du canton (art. 69 al.1bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue les 29 novembre 2010/17 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Eric Cerottini, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'990 fr. 15 (mille neuf cent nonante francs et quinze centimes).

V. Il n'est pas alloué de dépens.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Me Eric Cerottini (pour Mme X. _____)
- 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 :