

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2015

Composition : M. NEU, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

V._____, au [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 LAI; 6, 7, 8 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. V._____, née en 1957 (ci-après : l'assurée ou la recourante), a une formation de dessinatrice en bâtiments. Dès le 1^{er} février 2001, elle a travaillé pour la société P._____ à un taux de 55 %.

Le 20 février 2009, l'assurée a déposé, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gains, une demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle y faisait état d'une granulomatose de Wegener. Elle précisait avoir été en incapacité totale de travail en raison d'un accident du 9 juillet au 29 septembre 2008, incapacité totale de travail qui s'était poursuivie dès le 30 septembre 2008 en raison de sa maladie.

Sur le formulaire complémentaire à la demande qu'elle a rempli le 9 mars 2009, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait dans le domaine de l'architecture ou d'autres similaires à raison de 50 à 60 % en raison de son intérêt personnel et par nécessité financière.

Sur le questionnaire pour l'employeur établi le 10 mars 2009, P._____ a notamment indiqué que le salaire annuel de l'assurée s'élevait à 48'000 francs depuis 2007, auxquels s'ajoutaient environ 6'000 fr. de prime selon le travail effectué. L'employeur précisait qu'il avait résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 mai 2009. Il ressort de l'annexe décrivant le poste de travail de l'assurée que la profession de dessinatrice en bâtiments implique une concentration absolue et une capacité intellectuelle fiable.

Dans un rapport médical du 25 mars 2009, la Dresse Y._____, cheffe de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur (ci-après : DAL) du Centre hospitalier O._____ (ci-après : O._____), indiquait que l'assurée était suivie à la consultation du DAL dans le cadre d'une granulomatose de Wegener diagnostiquée fin 2008 avec atteinte ORL et pulmonaire. Elle exposait que les premiers symptômes étaient apparus en

juillet 2008 sous la forme d'odynophagie et d'une tuméfaction diffuse des glandes salivaires ayant d'abord motivé une prise en charge par le service ORL du O._____. Suite au diagnostic, un traitement par corticothérapie à haute dose et par Méthotrexate avait été introduit, sous lequel l'évolution était actuellement bonne, avec une diminution nette de la tuméfaction des glandes salivaires et de l'atteinte pulmonaire au CT-thoracique de contrôle. Le pronostic restait néanmoins difficilement déterminable, l'évolution dépendant non seulement de la réponse au traitement de fond à long terme, mais également de l'évolution naturelle de la maladie qui évolue souvent par poussées. Elle indiquait que l'incapacité de travail était totale depuis le 24 septembre 2008, attestée par la Dresse J._____, qu'une possible reprise de l'activité professionnelle dépendrait essentiellement de la réponse au traitement à long terme et qu'il était trop tôt pour se prononcer à ce sujet.

Dans un rapport médical du 19 mai 2009, la Dresse J._____, spécialiste en médecine générale, exposait être le médecin traitant de l'assurée, qu'elle suivait à sa consultation depuis le 3 décembre 2002. Elle retenait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une granulomatose de Wegener existant depuis le 19 décembre 2008 et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un léger état dépressif réactionnel. Dans l'anamnèse, elle indiquait que la patiente, sans antécédents personnels ou familiaux, avait présenté une importante douleur des glandes sublinguales à gauche, puis à droite, ainsi qu'une parotide à droite, avec une fatigue, une toux sèche, une sensation de difficulté à avaler et une sécheresse des conjonctives oculaires. Les investigations médicales menées, d'abord par le Service ORL (réd. : oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale) du O._____ le 10 octobre 2008, puis le DAL, en novembre 2008, avaient démontré l'existence de la maladie de Wegener. Elle précisait que cette affection nécessitait une surveillance et un contrôle spécialisés et probablement une médication à vie. Les limitations fonctionnelles (fatigue, épuisement et anxiété) diminuaient le rendement. En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée, la Dresse J._____ était d'avis que, même s'il était trop tôt pour se prononcer et que la reprise de l'activité professionnelles - exclue pour le moment - était conditionnée à sa capacité d'adaptation progressive, elle était envisageable à 50 %. Etaient

notamment joints les rapports médicaux reçus par le médecin traitant de ses confrères spécialistes, soit :

- le rapport médical établi le 30 octobre 2008 par le Dr X._____, chef de clinique du Service ORL du O._____, qui faisait notamment état de ce qui suit :

"Diagnostic :

Inflammation diffuse des glandes salivaires dans un contexte de possible Sjögren.

Rappel anamnestique :

Patiente consultant en polyclinique ORL en août 2008 pour des douleurs et inflammation au niveau de la glande sous-maxillaire gauche. Dans le contexte, un traitement par antalgie est instauré, avec ultrason des glandes salivaires effectué le 29.09.2008. A ce moment, mise en évidence d'une sialadénite chronique sous-maxillaire gauche, avec réaction fibreuse dans la totalité de la glande. La patiente est alors adressée à ma consultation pour prise en charge chirurgicale de cette glande. A ce moment, la patiente mentionne une progression des douleurs au niveau sous-maxillaire, cette fois-ci à droite, avec une masse au niveau de la parotide droite, associée à une xérostomie allant en se péjorant, mais sans signes de sécheresse oculaire. Un bilan complémentaire est effectué sous forme d'ultrasonographie, qui confirme la sialadénite chronique à gauche, une glande salivaire légèrement agrandie, avec dilatation modérée des canaux intraglandulaires au niveau sous-maxillaire droit, ainsi qu'une masse hypoéchogène de 1.5 cm au niveau parotidien droit.

[...]

Discussion :

Au vu d'une atteinte progressive de toutes les glandes salivaires, associée à un état de fatigue progressant et se péjorant, avant d'effectuer un traitement chirurgical au niveau glandulaire isolé, il y a en effet indication à compléter les investigations sous forme d'un bilan rhumatologique à la recherche d'une maladie systémique qui pourrait être la cause de cette réaction au niveau des glandes salivaires. D'autre part, les résultats des différents prélèvements au niveau glandulaire pourraient nous orienter vers une cause rhumatologique. A cet effet, je demande donc au service de rhumatologie de bien vouloir convoquer la patiente pour bilan complet.

Elle sera ensuite revue en consultation ORL afin de discuter d'une éventuelle intervention chirurgicale au niveau de la glande sous-maxillaire du côté gauche, au vu d'un état fibreux qui ne sera probablement pas réversible par un traitement médicamenteux."

- un rapport médical établi le 25 novembre 2008 par les Drs D._____ et N._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du DAL au O._____, dont il ressort notamment ce qui suit :

"La patiente susnommée a été vue à notre consultation en date du 13.11.2008. **Diagnostic :**

Inflammation diffuse des glandes salivaires avec réaction granulomateuse suspecte d'une sarcoïdose.

Rappel anamnestique :

Madame V. _____ est une patiente de 51 ans en bonne santé habituelle, qui présente depuis le mois de juillet une odynophagie associée à une baisse de l'état général avec sensation de fièvre, perte pondérale de 5-6 kg et sudations nocturnes. Elle nous est adressée par le service d'ORL après diverses ponctions-biopsies. La biopsie et cytoponction de la glande sous-maxillaire gauche démontrent une inflammation diffuse, avec des foyers d'infiltrats lymphocytaire et plasmocytaire, alors que la cytoponction de la parotide droite démontre une cytologie compatible avec une réaction granulomateuse. Les examens paracliniques déjà effectués ont montré un syndrome inflammatoire avec une VS à 38 mm/h, une leucocytose modérée, une thrombocytose à 370 G/l. Elle nous est donc adressée pour une suspicion de connectivite de type syndrome de Sjögren.

A l'anamnèse systématique, on ne note pas de symptomatologie cardiovasculaire, Madame V. _____ décrit une toux sèche nouvelle, en fin de journée, sans expectorations, alors qu'elle n'est pas connue pour un tabagisme. Au niveau digestif, on ne note pas de dysphagie, de troubles du transit, de rectorragies ou de méléna. L'anamnèse urogénitale est également normale. Par ailleurs, on ne note pas de symptomatologie oculaire, de photosensibilité, de lésion cutanée quelconque, de psoriasis ou de Raynaud, mais une aphtose buccale occasionnelle de longue date, unipolaire.

[...]

Discussion :

Madame V. _____ présente donc une tuméfaction des glandes salivaires avec des biopsies qui montrent un infiltrat lymphocytaire ainsi qu'une réaction granulomateuse. Vous nous adressez Mme V. _____ pour une suspicion de syndrome de Sjögren, mais l'atteinte granulomateuse histologique, si elle est bien confirmée, nous oriente plutôt vers un diagnostic de sarcoïdose ou de tuberculose. [...]

Nous avons adressé Mme V. _____ à la consultation du Dr [...] à l'Hôpital [...] pour un bilan au niveau de l'oeil et nous reverrons Madame V. _____ d'ici 2 semaines pour discuter des résultats et des examens à entreprendre par la suite."

- un rapport médical établi le 19 décembre 2008 par les Drs Y. _____ et N. _____ du Service de rhumatologie du O. _____ qui indiquait notamment ce qui suit :

"La patiente susnommée a été revue à notre consultation de Rhumatologie en date du 10.12.2008.

Diagnostic :

Granulomatose de Wegener avec atteinte pulmonaire et ORL

Discussion :

Rappelons que nous avons vu Mme V. _____ une première fois à notre consultation le 13.11.2008. Elle nous avait été envoyée par le service d'ORL dans le cadre d'une inflammation diffuse des glandes salivaires avec à la cytoponction la suspicion d'une inflammation granulomateuse non confirmée à l'histologie. Ceci évoque un

diagnostic différentiel entre une tuberculose, une sarcoïdose ou une maladie de Wegener. La tuberculose a pu être écartée avec un T-spot négatif et finalement, nous avons obtenu le résultat des C-ANCA qui sont positifs avec des anti-PR3 également positifs à 65 U posant le diagnostic de granulomatose de Wegener. Dans le bilan complémentaire, le sédiment et spot urinaire ne démontrent pas de signe en faveur d'une atteinte rénale. Un contrôle ophtalmique le 11.12.2008 à la consultation du Dr [...] à l'Hôpital [...] à [...] est normal. A l'examen clinique, nous n'avons pas de signe pour une atteinte neurologique de type poly- ou mononévrite multiple. Nous avons complété le bilan par un CT des Sinus qui démontre un épaississement du sinus sphénoïdal droit. Le CT thoracique a démontré la présence de plusieurs nodules pulmonaires en partie excavés. Les fonctions pulmonaires sont normales.

Afin de confirmer le diagnostic de granulomatose de Wegener histologiquement, nous allons hospitaliser Mme V. _____ pour une brève durée début janvier afin de faire une ponction-biopsie d'un des nodules pulmonaires. Le résultat nous permettra de mieux guider le traitement de fond."

- un rapport médical établi le 27 janvier 2009 par les Drs D. _____ et N. _____, dont il ressort notamment les éléments suivants :

"La patiente susnommée a été revue à notre consultation de Rhumatologie en date du 16.01.2009.

Diagnostic :

Granulomatose de Wegener avec atteinte pulmonaire et ORL

Discussion :

Mme V. _____ est suivie à notre consultation dans le cadre d'une granulomatose de Wegener diagnostiquée fin 2008 avec atteinte ORL et pulmonaire. Différentes biopsies au niveau ORL n'avaient pas permis de confirmer l'inflammation granulomateuse, raison pour laquelle Mme V. _____ a bénéficié d'une ponction-biopsie pulmonaire au début de 2009, examen qui ne démontre pas non plus d'inflammation granulomateuse ou vasculitique. Par ailleurs, le matériel de biopsie démontre une culture négative pour les bactéries et champignons, la recherche de mycobactéries est encore en cours. Il n'y a pas de cellule tumorale visualisée non plus.

Même en l'absence d'une confirmation histologique, devant des CANCA positifs avec des anti-PR3 fortement positifs, nous retenons le diagnostic de granulomatose de Wegener et nous avons déjà introduit un traitement par prednisone au dosage de 1 mg/kg avec évolution actuellement excellente, diminution de la tuméfaction des glandes salivaires au niveau ORL et diminution de la taille des nodules pulmonaires lors du scanner de biopsie au début janvier. Mme V. _____ ne présentant pas de signe d'atteinte d'organe noble, nous n'avons actuellement pas d'argument pour un traitement sous forme de cyclophosphamide et proposons un relais par méthotrexate, en voie sous-cutanée à une dose de 20 mg par semaine.

Malheureusement, une perturbation des tests hépatiques s'est présentée dès la première injection motivant l'arrêt du traitement. Nous continuons à suivre les enzymes hépatiques et retenterons d'introduire un traitement de fond sous forme de méthotrexate à doses inférieures ou d'Arava dès que possible."

Dans un rapport médical du 25 septembre 2009, le Dr D. _____ confirmait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de granulomatose de Wegener existant depuis 2008. Il retenait en outre le diagnostic de méralgie paresthétiquе gauche, sans répercussion sur la capacité de travail. Il précisait par ailleurs que l'évolution de la maladie de Wegener avec une atteinte ORL, pulmonaire et articulaire était modérément favorable chez une patiente stable sous un traitement de méthotrexate et corticoïdes. Dès lors qu'elle se plaignait de troubles de la mémoire ainsi que de quelques signes cortico-spino-bilatéraux, elle avait bénéficié d'une consultation spécialisée de neuro-immunologie le 24 août 2009, qui avait confirmé cette atteinte. Une IRM cérébrale à la recherche de signe de vasculite ainsi que cervicale haute était prévue ainsi qu'une consultation neuro-comportementale chez le Dr A. _____, pour des troubles des fonctions supérieures. Le Dr D. _____ émettait un pronostic relativement sombre chez une assurée qui présentait une vasculite sévère avec atteinte maintenant probablement neurologique qui, si elle était confirmée nécessiterait un traitement beaucoup plus agressif de cyclophosphamide. Selon lui, l'incapacité de travail était totale depuis octobre 2008 et l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, le rendement étant réduit de par la vasculite et des troubles neurologiques. Le rhumatologue relevait qu'une amélioration rapide de la capacité de travail était peu probable et que la situation devrait être réévaluée dans le temps. Il préconisait l'allocation d'une rente en faveur de l'assurée "avec une capacité résiduelle très limitée et partielle, avant tout pour qu'elle ne perde pas un contact avec le monde professionnel". Enfin, le Dr D. _____ retenait les limitations fonctionnelles suivantes, soit les activités s'exerçant en position debout uniquement, en marchant, en étant penché, accroupi, à genoux, alternant les positions assise/debout, impliquant le port de charges, de monter sur une échelle ou des escaliers; il précisait que la capacité de concentration était limitée en raison des troubles neurologiques et qu'il en allait probablement de même en ce qui concernait la capacité de compréhension (à réévaluer après la consultation neurologique), ainsi que la capacité d'adaptation et de résistance.

L'OAI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage, qui a eu lieu le 3 décembre 2009. Dans son rapport du 7 décembre 2009, l'enquêtrice R. _____ relevait que le statut d'active à 55 % - ménagère à 45 % se défendait dès lors qu'il correspondait au taux d'activité de l'assurée avant l'atteinte à la santé. Notant qu'il n'y a pas de transports publics à proximité du domicile, elle indiquait que l'assurée conduisait. L'enquêtrice concluait à un empêchement de 40,4 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, selon le tableau suivant :

"6. Travaux

Description des empêchements dus à l'invalidité d'activité	Pondération (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
6.1 Conduite du ménage	2 - 5%	2%	0%
planification / organisation / répartition du travail / contrôle			
Une aide ménagère a été engagée depuis novembre 2008 à raison de 4 heures par semaine.			
6.2 Alimentation	10 - 50%	40%	50%
Préparation/cuisson/service/nettoyage de la cuisine/provisions			
L'assurée prépare le repas principal le soir pour elle et son mari. Il n'y a pas de difficultés pour la cuisson et le service. Le mari aide pour le nettoyage du plan de travail et met la vaisselle dans la machine. Le nettoyage du sol de la cuisine est effectué par l'aide de ménage. L'assurée peut nettoyer le frigo ou c'est son mari qui s'en charge. Le couple a considérablement réduit les invitations chez eux depuis la maladie de l'assurée. De même, les déplacements chez des amis ont diminué en raison de la fatigue de Madame V. _____.			
6.3 Entretien du logement	5 - 20%	15%	70%
Epousseter/aspirateur/entretien des sols/nettoyer les vitres/faire les lits			
Avant l'atteinte à la santé, l'assurée entretenait seule son ménage. L'aide de ménage époussette et nettoie les sols, passe l'aspirateur, entretient les salles de bain. L'assurée peut changer les lits avec l'aide de son mari. Ce dernier se charge du nettoyage des vitres situées en hauteur car il faut monter sur une échelle. Le samedi matin, le couple met de l'ordre, vide les poubelles, porte les papiers et les verres à la déchetterie. L'entretien étant régulier, il n'y a pas d'à-fonds.			
6.4 Emplettes et courses diverses	5 - 10%	8%	40%
Poste/assurances/services officiels			
L'assurée peut juste conduire dans les environs immédiats de son habitation pour faire quelques achats en raison de la fatigue. Les emplettes plus importantes sont effectuées dans un supermarché voisin avec le mari qui aide pour porter les marchandises. Madame V. _____ ne tient pas à se rendre dans les commerces et s'y rend par nécessité. Les paiements sont effectués par le conjoint par Internet.			
6.5 Lessive et entretien des vêtements	5 - 20%	16%	30%
Laver/suspendre/ramasser/repasser/racommoder/nettoyer les chaussures			
Le samedi, Madame V. _____ trie le linge et c'est son mari qui met dans la machine et ensuite dans le séchoir. Il faut compter 4 machines par semaine. L'assurée repasse par petits moments lorsqu'elle se sent bien."			

Les empêchements ont été chiffrés en tenant compte de l'aide exigible du mari qui apporte largement sa part pour soulager son épouse.

Dans un rapport médical du 28 octobre 2009 à l'adresse de la Dresse J._____, le Prof. A._____, médecin associé auprès du Service de neurologie du O._____, faisait état de ce qui suit :

"La consultation spécialisée de neurologie du comportement a eu lieu le 21 octobre 2009.

Diagnostic(s)

- Encéphalopathie sous-corticale modérée évoquant plutôt une étiologie toxico-métabolique.

- Granulomatose de Wegener

La patiente est suivie donc depuis un an pour cette granulomatose de Wegener pour laquelle elle prend du méthotrexate. Depuis le début de cette année, elle remarque plusieurs troubles cognitifs, sans atteinte thymique majeure subjective et prenant surtout les points suivants :

1. L'impression d'être légèrement ralentie, des difficultés à s'organiser en particulier quand elle doit, par ex. préparer des repas pour sa famille ou des amis.

2. Une tendance à être plus calme, parfois à manquer d'initiative.

3. Des oublis fréquents des événements récents, comme par exemple les dernières vacances, ou alors de la difficulté à organiser ses souvenirs. Par contre, lorsqu'on lui donne un indice, elle peut les retrouver sans problème.

La situation semble stable depuis maintenant un an.

[...]

Conclusion

Le tableau d'ordre psychologique est relativement rassurant, les résultats sont en général dans la norme, mais on note quand même quelques difficultés visuelles, mnésiques et exécutives, qui posent le diagnostic différentiel d'une atteinte par le Wegener, d'une atteinte médicamenteuse et d'une atteinte hépatique dans un complexe de toxicité du Méthotrexate.

Personnellement, je me demande si l'absence d'argument pour des souffrances plurifocales et l'IRM normale ne nous font pas retenir le diagnostic de neuro-Wegener; par contre, la situation d'une discrète atteinte sous-corticale et d'une gêne visuelle de type gnosique me ferait plus pencher vers une encéphalopathie médicamenteuse que vers une atteinte de type hépatique. Cependant, l'ammonium pourrait être testé.

Enfin, la question d'un changement thérapeutique se pose, compte tenu de l'équation des plaintes de la patiente avec les trouvailles neuropsychologiques, même si elles sont discrètes."

Dans un rapport médical du 18 mars 2010, les Drs D._____ et T._____, médecin assistant, informaient la Dresse J._____ de l'évolution de l'assurée en ces termes :

"La patiente susnommée a été revue à notre consultation de Rhumatologie les 05.01, 03.02 et 03.03.2010.

Diagnostics :

• **Granulomatose de Wegener avec atteinte pulmonaire et ORL**

- **Méralgie paresthésique gauche**
- **Lombalgies chroniques non spécifiques**

Anamnèse :

Rappelons qu'un traitement de méthotrexate avait été stoppé début novembre 2009 en raison d'une intolérance digestive et d'un effluvium, traitement remplacé par un traitement d'Imurek à la posologie initiale de 100mg 1 fois/jour.

Nous revoyons la patiente début janvier 2010, en raison de l'apparition d'une tuméfaction indolore de la région parotidienne gauche. La patiente n'a pas d'autre plainte spontanée, elle n'a présenté en particulier d'état fébrile, de frisson ou de symptôme B. Absence de plainte articulaire. Elle dit se sentir nettement mieux suite à l'arrêt du méthotrexate, la tolérance digestive au traitement d'Imurek étant nettement supérieure. A l'anamnèse systématique, la patiente ne décrit ni toux ni dyspnée, elle n'a pas présenté de plainte digestive ou urinaire.

[...]

Discussion :

Votre patiente présente donc une tuméfaction sous-angulo-mandibulaire gauche suspecte d'une nouvelle parotidite, dans le cadre de sa granulomatose de Wegener avec atteinte pulmonaire et ORL.

Le bilan biologique est parfaitement aligné, sans syndrome inflammatoire (VS 10mm/h, CRP < 2 mg/l). La fonction rénale est conservée et le sédiment urinaire est inactif. Une Rx du thorax ne montre pas de nouveau nodule ou d'infiltrat des parenchymes pulmonaires. Nous complétons le bilan avec un CT-scanner cervico-thoracique et des sinus. Cet examen montre des sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires libres, de même que les cellules ethmoïdales. L'examen thoracique est dans la norme, sans récurrence de nodule pulmonaire.

Nous postulons donc à une probable nouvelle poussée de la maladie de Wegener dans le cadre de l'introduction récente du traitement d'Imurek suite à l'arrêt du méthotrexate. La patiente refusant l'introduction d'une nouvelle corticothérapie, nous lui avons proposé d'augmenter la posologie du traitement d'Imurek jusqu'à 150mg puis 200mg 1 fois/jour.

Au contrôle clinique du 3.03.2010, la patiente décrit une nette diminution de la taille de la tuméfaction paracervicale gauche, depuis environ 10 jours. Le CT-scanner cervical effectué 10 jours auparavant révélait en effet des glandes parotides redevenues normales. On constatait tout au plus une glande sous-mandibulaire droite mesurant à 4 x 1.6 cm, légèrement plus volumineuse que du côté controlatéral. L'examen clinique confirme une nette diminution de la tuméfaction sous-angulo-mandibulaire gauche, avec une discrète masse résiduelle mesurant 1 x 0,5 cm, indolore. Le reste de l'examen est sans particularité.

Nous proposons donc à la patiente de continuer le traitement actuel d'Imurek à la posologie inchangée de 200 mg 1 fois/jour, posologie que nous pourrions réduire à 150 mg 1x/jour en cas de bonne évolution. Le contrôle biologique du jour est sans anomalie. Nous avons prévu de revoir la patiente pour un prochain contrôle clinique dans un mois."

Dans un avis médical du 7 juillet 2010, le Dr H. _____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, estimant que les limitations fonctionnelles secondaires à la maladie et à son traitement

n'étaient pas précisées et la capacité de travail dans une activité adaptée à ces possibles limitations fonctionnelles non appréciée, a mis en œuvre une expertise auprès du Dr Z._____, spécialiste en médecine interne.

Par lettre du 15 décembre 2010, l'assurée a fait part à l'OAI de ses doléances à l'endroit de l'expert comme suit :

"En date du 6 décembre dernier, je me suis présentée à la convocation du Dr Z._____ conformément à votre demande du 13 juillet 2010 et à l'entretien téléphonique de fin septembre.

Ce rendez-vous avec examen médical s'étant particulièrement mal passé, j'ai été contrainte d'en relater la nature et le déroulement à mon médecin de famille ainsi qu'au médecin de mon mari qui a pu me recevoir afin de me prescrire un traitement d'urgence adéquat.

J'ai aussi, sur leur conseil, rédigé un rapport de ce rendez-vous particulièrement traumatisant et abusif que je leur ai remis, et vous le transmets également en vous priant de bien vouloir en prendre connaissance.

Je trouve extrêmement dommageable d'avoir été obligée de passer par une telle épreuve étant donné mon état de santé défaillant avec une maladie pour laquelle il est avéré que le moindre stress est néfaste."

Un résumé détaillé des conditions dans lesquelles s'était déroulée l'expertise aux dires de l'assurée et de ses plaintes était joint au courrier précité.

Le Dr Z._____ a rendu son rapport d'expertise le 8 janvier 2011. Il en ressort notamment les éléments suivants :

"5 Diagnostic

5.1 Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Maladie de Wegener avec atteinte ORL et pulmonaire (octobre 2008) (M31.3).
- Status après induction sous corticoïdes et maintien au Méthotrexate.
- Traitement d'entretien à l'Imurek.

5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Méralgie parasthésique gauche.
- Mélanome malin non ulcéré Breslow 0,52, Clark III du bas abdomen droit § (septembre 2010).
- Lombalgies chroniques non spécifiques.
- Obésité de classe I (BMI : 30,2 kg/m²).

6 Appréciation du cas et pronostic

[...]

6.2 Situation actuelle

Nous sommes ainsi à deux ans de la découverte d'une granulomatose de Wegener avec atteinte localisée pulmonaire et ORL (atteinte des glandes salivaires). L'évolution sous traitement aux stéroïdes a été

excellente. Le traitement de maintien au Méthotrexate, pendant un an, a permis d'éviter une rechute. Depuis un an, elle est ainsi sous traitement d'Imurek, actuellement à 150 mg/jour, avec une évolution clinique et biologique tout à fait satisfaisante.

Pour autant, Mme V. _____ fait état de la persistance d'une fatigabilité, d'un manque d'entrain, d'arthralgie (hanche gauche, genou droit et coude gauche) et d'une toux sèche depuis quelques semaines. Elle se plaint également d'une sécheresse oculaire et d'une sensibilité conjonctivale. L'examen clinique est rassurant avec un examen ORL normal, l'absence d'adénopathie et l'absence d'affection conjonctivale. L'examen pulmonaire et clinique est normal. Il n'y a pas d'organomégalie. L'examen neurologique est normal hormis une zone hyperpathique sans claire hypoesthésie à la face antérieure de la cuisse gauche compatible avec une méralgie parasthésique au décours. Il n'y a pas d'argument pour une atteinte périphérique autre, ni en faveur d'une atteinte centrale. La vigilance est intacte. Il n'y a pas d'évidence en faveur de troubles cognitifs.

Du point de vue articulaire, l'assurée présente des douleurs à la palpation de la péri-hanche gauche, de l'épicondyle gauche, de la patte d'oie à droite ainsi qu'à la palpation du tendon rotulien proximal. 13/18 points de fibromyalgie sont présents. Il n'y a cependant ni épanchement, ni synovite, ni limitations fonctionnelles.

Sous réserve d'un CT-thoracique, réalisé il y a quelques jours, on peut considérer ainsi que l'évolution est satisfaisante. Ceci bien entendu ne veut pas dire que l'assurée soit guérie. On sait qu'à peu près 50% des patients présentent un jour ou l'autre une rechute de leur maladie. [...] Ainsi, une rechute reste toujours possible même au-delà de deux ans justifiant la poursuite du traitement pendant au moins trois ans. Le traitement actuel d'Imurek paraît bien toléré sans les complications redoutées même si l'assurée a présenté un mélanome. Les effets secondaires, à type de myalgie, de malaise général, sont cependant possibles. Il n'y a pas objectivement de limitations fonctionnelles significatives chez cette assurée en bon état général. Une certaine prudence cependant est de mise au vu du caractère insidieux de l'affection présentée. En l'absence d'un syndrome inflammatoire, d'une anémie, d'une insuffisance rénale ou de troubles neurologiques, il n'est pas possible d'admettre un caractère handicapant à la fatigue présentée et à mon avis, il persiste une capacité de travail qui est estimée actuellement à au moins 50% dans l'activité usuellement déployée par l'assurée. Dans une activité adaptée, il existe une capacité de travail de 80% si l'on tient compte d'une diminution de rendement de 20% en raison des effets secondaires annoncés par l'assurée. L'incapacité complète de travail était justifiée depuis la découverte de l'affection en octobre 2008 ainsi que durant le traitement de Méthotrexate modérément toléré puis de la transition et de la rechute de mars 2010. On peut admettre ainsi que depuis le mois d'avril 2010, il existait une capacité de travail partielle à au moins 50% correspondant au taux d'activité usuellement déployé par l'assurée (55%).

Malgré l'annonce de lombalgies, il n'est pas mis en évidence de syndrome lombo-vertébral ou de syndrome radiculaire. Enfin, l'assurée se plaint d'une sécheresse conjonctivale. A notre connaissance, il n'a pas été documenté d'épisclérite, affection fréquemment apportée dans le cadre de la granulomatose de Wegener. L'assurée se plaint d'une photophobie qui reste finalement sans substrat démontré. Le désagrément conjonctival est calmé par l'application de collyre. Il n'est pas reconnu ainsi de limitations en l'absence de diagnostic plus précis,

ce d'autant que le Dr Q. _____, ophtalmologue, nous confirme dans son courrier du 21.12.2010 qu'elle ne présente aucune lésion inflammatoire au niveau oculaire. Elle est traitée pour des yeux secs et une hypertension oculaire (cf. rapport ci-annexé).

6.3 Limitations fonctionnelles

Il persiste une asthénie éventuellement en rapport avec la maladie de Wegener et ses traitements. Actuellement, et probablement dès le mois d'avril 2010, l'activité usuelle de dessinatrice en bâtiment paraît exigible au moins à 50%. Ceci correspond au taux d'activité antérieur à la maladie. Dans une activité adaptée permettant à l'assurée de mener les tâches à sa guise, notamment dans un travail à domicile, il existe une exigibilité à 80%, une perte de rendement de 20% étant reconnue en raison des symptômes généraux liés à la maladie et à ses traitements.

7 Réponses au questionnaire

A. Questions cliniques

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS

au plan physique

L'assurée présente les symptômes généraux avec fatigabilité et arthralgies probablement en relation avec la maladie de Wegener et/ou ses traitements à l'origine d'une perte de rendement.

au plan psychique et mental

Il est fait état d'insomnies intermittentes et d'appréhensions en rapport avec sa maladie.

au plan social

Pas de limitations.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Diminution de la résistance au stress, fatigabilité entraînant une diminution de rendement.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité dans l'activité exercée de dessinatrice est supérieure à 50%.

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

Oui.

Elle est pratiquement exigible au même niveau qu'avant la découverte de la maladie de Wegener en 2008.

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

La diminution de rendement a été intégrée à la détermination de la capacité de travail.

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

L'incapacité de travail a été signifiée à 100% dès le 09.07.2008.

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

- 100% du 09.07.2008 au 31.03.2010.

- 50% dès le 01.04.2010 jusqu'à actuellement.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS ?

L'activité antérieurement exercée peut être exercée pratiquement à même hauteur qu'avant l'affection actuelle, soit à 55%. Il n'y a ainsi pas de raison d'envisager une réadaptation professionnelle.

2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT ?

Oui.

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Poursuite du traitement actuel.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail

En cas d'évolution favorable, une reprise complète d'activité professionnelle pourrait être possible. Il faut cependant compter sur la prolongation d'un traitement d'en tout cas encore une année avant d'avoir un pronostic plus précis.

3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉE ?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Dans une activité adaptée, permettant à l'assurée de mener des tâches à sa guise notamment par un travail à domicile, ce qu'elle faisait antérieurement, il existe la possibilité de mener des activités sub-complètes.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée?

Il existe une exigibilité dans une activité adaptée à 80% dès le mois d'avril 2010, une perte de rendement de 20% étant reconnue en raison des symptômes généraux liés à la maladie et à ses traitements.

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

La diminution de rendement de 20% a été intégrée à la détermination de l'activité exigible dans une activité adaptée."

Dans un avis SMR du 10 février 2011, le Dr H. _____ relevait que l'expert était d'avis que la capacité de travail était de 4 heures par jour dans la profession habituelle de dessinatrice architecte et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de cette appréciation.

Dans un rapport médical du 4 avril 2011 à l'attention du médecin traitant, les Drs S. _____ et F. _____, respectivement médecin-chef et médecin assistante du Service de rhumatologie du O. _____, indiquaient avoir revu l'assurée à leur consultation du 22 mars précédent. Ils relevaient que depuis la diminution du traitement d'Imurek à 125 mg/jour, la patiente relatait des arthralgies apparaissant au moindre effort, mais ne décrivait pas d'exacerbation de la dyspnée. Elle mentionnait uniquement de rares épisodes d'épistaxis. Au status clinique, ils notaient quelques synovites et, dans un bilan sérique, une augmentation de la VS à 27mm/h. Ils indiquaient

que la fonction rénale se péjorait et faisaient état d'une légère leucocyturie. Dans ce contexte, ils estimaient judicieux de réaugmenter le traitement d'Imurek à 150mg/jour. Compte tenu de l'insuffisance rénale et du risque d'aggravation de la fonction rénale sous produit de contraste, ils précisait avoir mis en suspens le CT-scanner thoracique destiné à réévaluer le parenchyme pulmonaire.

Le 6 avril 2011, l'assurée a requis de l'OAI qu'il annule l'expertise effectuée par le Dr Z._____ en se référant à son courrier du 15 décembre 2010 dans lequel elle faisait état de ses plaintes et critiques à l'endroit de l'expert et au résumé qui y était joint. Elle a également demandé que l'OAI prenne contact avec les médecins la suivant à leur consultation afin de compléter son dossier sur le plan médical.

Dans un avis SMR du 15 avril 2011, le Dr M._____ se déterminait comme suit sur les requêtes de l'assurée du 6 avril précédent :

"Dans son courrier du 15.12.2010, l'assurée relate son vécu lors de l'expertise du 6 décembre par le Dr Z._____. Mme V._____ a mal vécu cette expertise, ce que nous regrettons. Cependant une expertise médicale n'a généralement rien d'une expérience agréable et l'expert n'a pas à faire preuve d'empathie mais d'objectivité et de rigueur. Du récit détaillé qu'elle donne du déroulement de cette expertise, on ne relève aucun élément objectif qui puisse être reproché à l'expert, ni mettre en cause son impartialité ou la qualité de son travail d'expert. Les cinq rapports médicaux annexés au courrier de l'assurée du 18.03.2011 font état des mêmes diagnostics que le rapport d'expertise, attestent une amélioration de l'état de santé et ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assurée. Ils ne remettent nullement en cause les conclusions de l'expertise du Dr Z._____, qui demeurent valides.
L'instruction médicale est complète."

Par courrier du 26 avril 2011, l'OAI a informé l'assurée de la position du SMR quant à sa requête d'annulation de l'expertise.

Par projet de décision du 3 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée en considérant ce qui suit :

"Depuis le 24 septembre 2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte.

Selon nos observations, vous continuez à exercer votre activité de dessinatrice à 55% sans problèmes de santé. Les 45 % restants correspondent à vos travaux habituels.

Il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, que l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de la personne assurée soit exercée ou non.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'une analyse par le Service médical régional. Nous avons notamment demandé une expertise médicale qui a été réalisée le 6 décembre 2010 par le Docteur Z._____.

Nous constatons que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de l'ordre de 50%, soit 4 heures par jour, en tant que dessinatrice ainsi que dans toute autre activité. Votre métier de dessinatrice est tout à fait adapté à vos limitations. Vu que nous vous considérons active à 55% et que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans votre activité habituelle, vous présentez un préjudice de 10% ($55 - 50 \times 100/55 = 9.09\%$).

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 40.4 %. Le degré d'invalidité dans ces deux domaines est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	55%	9.09%	5%
Ménagère	45%	40.4%	18.18%
Degré d'invalidité			23.18%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée."

Le 3 mai 2011 également, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'un droit au placement (orientation professionnelle et soutien dans les recherches d'emploi) étaient réunies et l'a invitée à lui renvoyer le formulaire annexé afin qu'un premier rendez-vous soit fixé.

Par courrier du 24 mai 2011, l'assurée a contesté le projet de décision du 3 mai 2011 et requis qu'une décision, susceptible de recours, soit rendue en ce qui concerne le droit au placement. L'assurée faisait valoir en substance la non-conformité du rapport d'expertise du Dr Z._____ en relevant notamment que, selon les directives émises par la Société suisse de rhumatologie, les expertises portant sur les patients souffrant de maladies rhumatismales devaient être effectuées par des médecins au bénéfice d'une spécialisation en rhumatologie, ce qui n'était pas le cas du Dr Z._____. Elle reprenait en outre les critiques déjà émises quant au déroulement de l'expertise. Par ailleurs, elle requérait que l'OAI tienne compte de l'aggravation de son état de santé rapportée par la Dresse F._____ dans

son rapport médical du 22 mars 2011. L'assurée relevait que les constatations mentionnées dans le projet de décision quant à son activité professionnelle étaient erronées dès lors qu'elle n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis son accident le 9 juillet 2008 et qu'au surplus son contrat de travail avait été résilié avec effet au 31 mai 2009. L'assurée s'étonnait des taux d'empêchement retenus par l'OAI dans l'activité ménagère, dont il ressortait selon elle qu'il considérait plus difficile de tenir un ménage que d'exercer la profession de dessinateur en bâtiment. De façon globale, elle se plaignait de ce que les nombreuses limitations fonctionnelles résultant de son état maladif n'aient pas été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail et réitérait sa demande tendant à ce que l'OAI prenne contact avec ses médecins traitants afin de compléter son dossier médical, notamment en ce qui concerne les répercussions de sa maladie sur sa capacité de travail. Elle a produit une attestation médicale de son médecin traitant le Dr C._____, spécialiste en médecine générale et en homéopathie, qui, en date du 12 mai 2011, attestait que sa patiente souffrait d'une maladie chronique, auto-immune, systémique, diagnostiquée en 2008 et nécessitant un traitement immunosuppresseur dont la tolérance n'était pas très bonne. Il précisait que l'état général de l'assurée était nettement diminué, tant par la maladie de base que par son traitement, en ce sens qu'elle présentait des douleurs chroniques, un état d'épuisement physique et psychologique avec trouble de la concentration et de la mémoire altérant fortement sa capacité de travail.

Dans un avis SMR du 8 juin 2011, le Dr M._____ estimait que l'attestation médicale du Dr C._____ du 12 mai 2011 ne faisait pas état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du Dr Z._____, que les symptômes annoncés étaient les mêmes que ceux mentionnés par l'expert, que la diminution de la capacité de travail avait déjà été reconnue puisque le SMR avait attesté une capacité de travail limitée à 4 heures par jour, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur leurs conclusions médicales ni de reprendre l'instruction.

Le 23 juin 2011, l'OAI a rendu une décision refusant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Dans la lettre de motivation accompagnant dite décision, il relevait notamment les points suivants :

"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 Docteur Z._____, spécialiste en médecine interne pour une expertise médicale.

Dans son rapport d'expertise du 8 janvier 2011, le Dr Z._____ indique que votre atteinte à la santé vous permet de travailler à raison de 4 heures par jour tant dans votre activité habituelle que dans une activité adaptée. Pour le détail quant à votre statut et la détermination du degré d'invalidité, nous vous renvoyons au préavis.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les constatations émanant des médecins consultés 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. Dès lors, en cas d'avis médicaux contradictoires, l'avis du spécialiste, respectivement de l'expert, doit en principe l'emporter sur l'avis du médecin traitant / des médecins consultés, pour autant qu'il ait pleine valeur probante et que l'avis du médecin traitant / des médecins consultés ne soit pas de nature à mettre en doute ses conclusions (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée ; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106 ; RCC 1988 pp. 504 ss).

L'expertise du Dr Z._____ 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.

Les renseignements médicaux complémentaires que vous nous avez adressés après l'envoi de notre préavis ne contiennent par ailleurs aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr Z._____.

Il y a dès lors lieu de retenir les conclusions du Dr Z._____.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 3 mai 2011 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 3 mai 2011 est fondé et doit être entièrement confirmé."

B. Par acte de son mandataire Procap Suisse du 25 août 2011, V._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 23 juin 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Elle conclut principalement à la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a requis le bénéfice de l'assistance

judiciaire limité aux frais et à l'avance desdits. Elle reproche à l'intimé d'avoir constaté les faits de façon inexacte et incomplète et d'avoir abusé de son pouvoir d'appréciation. Ainsi, elle lui fait grief d'avoir considéré que les rapports médicaux de ses médecins établis subséquentement à l'expertise ne rendaient pas vraisemblable une aggravation de son état de santé depuis l'expertise et n'étaient par conséquent pas susceptibles de modifier son appréciation. Elle juge l'expertise sur laquelle s'est fondé l'OAI pour considérer qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de dessinatrice en bâtiment, partant lui refuser le droit à une rente d'invalidité, non probante. En substance, elle fait grief à l'OAI de ne pas avoir confié l'expertise à un spécialiste en rhumatologie, alors que l'atteinte à la santé qu'elle présente ressortit à cette spécialité médicale, reproche à l'expert en question de ne pas avoir tenu compte de l'entier des rapports médicaux transmis par la Dresse J. _____ à l'OAI et s'étonne de son appréciation quant à sa capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle, laquelle, au vu des limitations fonctionnelles décrites par l'expert (difficulté de concentration, fatigabilité, résistance etc.) serait en contradiction avec le descriptif qu'a fait son dernier employeur de cette profession (activité nécessitant une concentration absolue et une capacité intellectuelle fiable notamment). Au vu de l'ensemble de ces éléments, la recourante requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à confier à un rhumatologue. Enfin, elle conteste le calcul du degré d'invalidité. Selon elle, le revenu sans invalidité s'élève à 47'044 fr. 80 (3'920 fr. 40 X 12), alors que, calculé sur les données de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), le revenu avec invalidité est de 22'226 fr. 40 (1'852 fr. 20 x 12) et qu'après un abattement de 10 %, le taux d'invalidité s'élève, pour la part "active", à 52,76 %, auquel il convient encore d'ajouter 18,8 % pour la part ménagère si l'on se réfère aux résultats de l'enquête économique. C'est ainsi un taux d'invalidité de 70,4 % qu'il faut retenir, ce qui conduit à l'allocation d'une rente entière d'invalidité.

Dans sa réponse du 11 septembre 2011, l'intimé conclut à la réforme partielle de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, dès le 1^{er} août 2009 (6 mois après le dépôt de la demande du 24 février 2009), compte tenu

d'un degré d'invalidité de 73 % (incapacité de travail totale pour une activité lucrative à 55 % et des empêchements de 40,4 % dans l'activité ménagère de 45 %), jusqu'au 30 juin 2010 (3 mois après l'amélioration dès le 1^{er} avril 2010). Il rejette pour le surplus les critiques de la recourante concernant notamment la valeur probante de l'expertise et l'appréciation inexacte et incomplète des faits, en se référant aux motifs déjà évoqués durant la procédure d'audition.

Par réplique du 16 novembre 2011, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle persiste à considérer que l'expertise du Dr Z. _____ ne satisfait pas aux conditions légales et jurisprudentielles minimales dans la mesure notamment où elle omet de prendre en compte les documents pourtant précis, utiles et valables de la Dresse J. _____ et qu'elle ne tient pas non plus compte de son état de santé réel, puisqu'elle a été effectuée durant une période provisoire relativement satisfaisante, alors qu'il y a ensuite eu dégradation avec augmentation de la médication lourde et agressive et répercussion sur sa capacité de travail. Elle soutient en substance que l'évaluation de sa capacité de travail est erronée et qu'au surplus l'activité adaptée n'est pas expliquée. Elle confirme en outre que la reprise de son ancienne activité de dessinatrice en bâtiment est impossible et que l'on ne peut pas exiger qu'elle mette à profit son éventuelle capacité de travail résiduelle.

Dans sa duplique du 9 décembre 2011, l'OAI indique ne rien avoir à ajouter à ce qui a été indiqué dans l'écriture du 28 septembre 2011, dont il confirme le contenu et les conclusions. Pour le surplus, il relève que, selon son service spécialisé en professions, une activité de dessinatrice, pour laquelle la recourante est qualifiée, à raison de 4 heures par jour, est tout à fait adaptée aux limitations fonctionnelles et qu'il n'y a dès lors pas lieu de décrire d'autres activités adaptées.

Par écriture du 29 février 2012, la recourante a requis la prolongation du délai de détermination en faisant valoir qu'elle avait dû récemment subir des examens rhumatologique, néphrologique et ORL en raison de la péjoration de son état de santé mais qu'elle n'en connaissait pas

encore les résultats. Elle a produit le rapport médical du 30 janvier du Dr C._____, qui atteste que son activité de dessinatrice en bâtiment n'est plus exigible, ni d'ailleurs aucune autre activité professionnelle et réserve son pronostic quant à l'évolution de la maladie.

Le 7 mars 2012, la recourante a produit une copie du dernier rapport médical du O._____ en relevant qu'il confirme les sombres perspectives quant à son état de santé, qu'il en ressort que celui-ci n'est toujours pas stabilisé, qu'il ne trouvera vraisemblablement jamais une réelle amélioration et que, comme c'était déjà le cas avant, l'incapacité totale de travail en toute activité est confirmée par les spécialistes. Elle a confirmé l'entier de ses conclusions et de ses motifs.

Le rapport médical produit par la recourante, qualifié de "provisoire", établi à l'attention du conseil de la recourante par le Service de rhumatologie du O._____, non daté et non signé, retient notamment ce qui suit :

"Ci-dessous, veuillez trouver les réponses à vos questions en ce qui concerne la lettre du 23.01.2012 envoyée à Madame V._____.

1. Un bref diagnostic.

- Granulomatose de Wegener avec :

- atteinte pulmonaire (nodules pulmonaires excavés en 2008), ORL (atteinte des glandes salivaires, épaissement des sinus en 2008) et rénale (protéinurie persistante).

2. Les répercussions des problèmes de santé sur la capacité de travail et estimation du pourcentage de travail encore réalisable dans l'activité habituelle :

Madame V._____ est connue pour une maladie de Wegener avec une atteinte pulmonaire, ORL, rénale et elle présente des polyarthralgies axiales et périphériques d'allure inflammatoire, invalidantes, entraînant une raideur matinale de 30 minutes et des réveils nocturnes fréquents. Elle suit depuis environ 2 ans (depuis 2009), un traitement d'Imurek 100 mg le matin et de 50 mg le soir.

Actuellement, elle présente une aggravation de la dyspnée. Le dernier contrôle chez le spécialiste en pneumologie a montré la présence d'un syndrome obstructif de degré moyennement sévère. Pour ces raisons, les pneumologues ont prévu d'effectuer un scanner thoracique et une éventuelle bronchoscopie, afin de rechercher la cause.

Madame V._____ a récemment consulté un spécialiste en néphrologie, qui a mis en évidence une insuffisance rénale de stade I avec une protéinurie persistante, posant le diagnostic d'une atteinte rénale légère de sa granulomatose de Wegener qui sera à surveiller dans le futur.

3. Si des activités mieux adaptées sont possibles, des indications quant à la nature de celles-ci, le pourcentage de

travail exigible et la description des limitations fonctionnelles à respecter, étant entendu que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud considère qu'une activité à hauteur de 50 % en tant que dessinatrice est adaptée aux limitations fonctionnelles rencontrées.

Du pont de vue de sa capacité de travail, nous signalons que Madame V._____ présente actuellement des douleurs axiales et périphériques invalidantes, associées à une asthénie et à des troubles de la concentration, raison pour laquelle, elle est actuellement incapable d'effectuer les tâches de la vie quotidienne à domicile.

Actuellement, il n'est donc pas possible pour la patiente de reprendre son activité de dessinatrice-architecte et il paraît difficile qu'elle puisse avoir une activité professionnelle adaptée.

4. Pronostic

Nous ne nous prononçons pas en ce qui concerne le pronostic de la maladie de Wegener de la patiente. Néanmoins, il est clair que la patiente présente actuellement une maladie en progression avec une atteinte pulmonaire en aggravation et une atteinte rénale."

Le 28 mars 2012, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision querellée (sic). Il a produit l'avis SMR du Dr M._____ du 22 mars 2012, qui a la teneur suivante :

"Selon votre demande, l'appréciation du SMR sur les deux nouveaux rapports versés au dossier est la suivante :

- 1) Le rapport du Dr C._____ du 30.01.2012 fait état du diagnostic de granulomatose de Wegener et des atteintes y relatives, déjà mises en évidence par le rapport d'expertise du Dr Z._____. Il n'y a pas de faits nouveaux mais uniquement une appréciation plus empathique des limitations par le médecin traitant que par l'expert, ce qui est fréquemment le cas et s'explique par le lien thérapeutique qui lie le médecin à son patient. C'est pourquoi la jurisprudence stipule que l'avis du médecin traitant doit être pris avec réserve.
- 2) Le "Rapport provisoire" non daté et non signé, émanant du Service de rhumatologie du O._____ rappelle les données médicales déjà connues. Il mentionne comme seul fait nouveau une insuffisance rénale de stade I. Ce diagnostic est basé sur la présence d'une protéinurie persistante. D'une part, il n'entraîne aucune limitation fonctionnelle, d'autre part, il n'était pas présent en juin 2011, à la date de la décision attaquée. La conclusion non motivée d'une incapacité de travail totale repose sur une appréciation qui diffère de celle de l'expert, sans apporter d'éléments médicaux déterminants pour jeter le doute sur la validité des conclusions de l'expertise.

La maladie de Wegener étant une atteinte plurisystémique, il est logique d'en faire évaluer les répercussions par un médecin spécialiste FMH en médecine interne. Le Dr Z._____, répondant à cette qualification et de surcroît expert médical de la SIM, a livré un travail d'expertise complet, détaillé, reposant sur un examen clinique approfondi et prenant en compte les plaintes de l'assurée. Il fournit des conclusions motivées et son rapport est exempt de contradictions. Dès lors il remplit tous les critères de qualité requis.

Les documents susmentionnés ne jettent aucun doute sérieux sur le bien-fondé des conclusions de cette expertise et ne font pas état de faits nouveaux."

C. Par courrier du 3 avril 2012, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et du fait qu'il envisageait de la confier aux Hôpitaux E._____ (ci-après : E._____). Il leur a imparti un délai au 23 avril 2012 pour se déterminer quant au choix du centre d'expertise proposé et produire un questionnaire à l'attention des experts.

Par déterminations du 19 avril 2012, l'intimé a pris note de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir contre les E._____ et ne pas avoir de questions particulières à faire poser aux experts.

Le 23 avril 2012, la recourante a produit un rapport médical provisoire annoncé comme émanant du Prof. [...] à prendre en compte dans l'expertise pluridisciplinaire à venir. Le rapport médical produit, portant les noms des Drs [...] et [...], cheffe de clinique adjointe et médecin assistant auprès de la Consultation de pneumologie ambulatoire du O._____, non daté et non signé, indique notamment ce qui suit :

"Mme V._____ présente une dyspnée associée à une toux sèche irritative depuis plus d'une année et demie. Cette dyspnée est en aggravation depuis 5 mois environ malgré une optimisation des doses d'azathioprine il y a 7 mois. Sur le plan fonctionnel, on objective un syndrome obstructif nouveau sans syndrome restrictif ni trouble de la diffusion du CO. La radiographie du thorax est dans les limites de la norme."

Le 8 mai 2012, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'endroit des E._____. Elle a fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire devrait se faire dans les domaines rhumatologique, néphrologique, oto-rhino-laryngologique et pneumologique, voire psychologique. Elle a en outre requis que l'expertise réponde aux questions suivantes :

"1. Pour chaque domaine concerné, quel est le diagnostic approprié?

2. Quels problèmes de santé rencontre Madame V. _____ et quelles sont leurs répercussions sur la capacité de travail de celle-ci ?
3. L'ancienne activité de Madame V. _____ est-elle encore réalisable ? Le cas échéant, dans quel pourcentage et selon quelles limitations ?
4. Des activités mieux adaptées sont-elles possibles ? Le cas échéant, de quelle nature, selon quel pourcentage de travail et quelles limitations fonctionnelles ?
5. L'exercice à hauteur de 50% de l'ancienne activité de Madame V. _____ est-elle adaptée aux limitations fonctionnelles que celle-ci rencontre ?
6. Quel pronostic est envisageable pour chacun des maux dont souffre Madame V. _____ ?
7. Quelles conséquences a sur son état de santé le traitement médical que Madame V. _____ est contrainte de suivre ? Ledit traitement a-t-il à lui seul également une influence sur la capacité de travail ?"

Le 4 novembre 2013, la recourante a produit un rapport médical établi le 29 juillet 2013 par les Drs I. _____ et W. _____, respectivement médecin associé et médecin assistant auprès du Service de psychiatrie générale du O. _____, dont il ressort notamment ce qui suit :

"1. Un bref diagnostic

Madame V. _____ souffre d'un épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne avec un abaissement de l'humeur, une baisse de motivation, une fatigue, une anhédonie, une attitude morose face à l'avenir, des difficultés de concentration ainsi que des troubles du sommeil.

2. Les répercussions des problèmes de santé sur la capacité de travail et estimation du pourcentage de travail encore réalisable dans l'activité habituelle.

L'état dépressif de la patiente se manifeste par une asthénie, un manque de dynamisme, des troubles cognitifs (troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire), des difficultés d'organisation et une dispersion dans les tâches. Ces éléments entravent l'efficacité, la qualité et la régularité au travail. Mme V. _____ présente une incapacité totale de travail à l'heure actuelle au vu de ces symptômes.

3. Si des activités mieux adaptées sont possibles, des indications quant à la nature de celles-ci, le pourcentage de travail exigible et la description des limitations fonctionnelles à respecter, étant entendu que l'Office de l'Assurance-invalidité du canton de Vaud considère qu'une activité à hauteur de 50% en tant que dessinatrice est adaptée aux limitations fonctionnelles rencontrées.

Aucune activité adaptée n'a pu être trouvée avec Mme V. _____ lors de nos entretiens. Elle explique ne même plus être capable de faire ses tâches ménagères. Elle apprécie sa profession de dessinatrice en architecture mais ne s'estime plus capable de l'exercer.

Si l'on ne considère que la maladie psychique de Mme V. _____, une reprise du travail partielle et progressive serait envisageable après l'instauration d'un traitement antidépresseur et psychothérapeutique efficace. Toutefois, les symptômes présentés par Mme V. _____ semblent relever de la dépression mais également de la maladie de

Wegener dont souffre la patiente et dont il nous semble important de tenir compte selon les rapports des autres spécialistes.

4. Un pronostic

Le pronostic de la dépression dans un contexte de maladie chronique reste réservé avec une tendance à la récurrence et à la chronicisation."

Le rapport médical précité a été transmis aux experts des E._____ pour être versé au dossier ainsi qu'à l'intimé pour déterminations à réception du rapport d'expertise.

D. Les experts des E._____, les Drs K._____ et L._____, respectivement médecin adjoint et chef de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique, et le Prof G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont rendu leur rapport d'expertise le 14 octobre 2014. En préambule, ils précisent que leur expertise se base sur l'étude du dossier, celle des documents supplémentaires reçus par l'expertisée le 8 août 2013, sur un entretien le 8 août 2013 avec le Dr L._____ ainsi que sur un examen clinique le même jour, supervisés par le Dr K._____, sur un entretien en date du 5 septembre 2013 avec le Dr B._____, médecin assistant en rhumatologie, supervisé par le Prof G._____ ainsi que sur un examen clinique le même jour et enfin sur le rapport médical du Service de psychiatrie générale du O._____ du 29 juillet 2013. Il ressort de ce rapport d'expertise notamment les éléments suivants :

"C. 1) DIAGNOSTICS avec répercussion sur la capacité de travail :

•Granulomatose avec poly-angiite (maladie de Wegener) c-ANCA positif, anti-PR3 positif, s'accompagnant de :

- o Atteinte pulmonaire (nodule pulmonaire excavé 2008)
 - o Atteinte ORL (sialadénite de glandes salivaires majeures, épaississement des sinus en 2008)
 - o Atteinte rénale (présence d'érythrocytes urinaires)
 - o Atteinte ophtalmologique (ulcération du limbe en 2012)
 - o Fatigue généralisée
- Troubles de mémoire subjectifs probablement dans un contexte d'encéphalopathie sous-corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique.
- Etat dépressif chronique
- Gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale et syndrome fémoro-patellaire, prédominant à gauche.

DIAGNOSTICS sans répercussion sur le travail :

- Syndrome lombo-vertébral chronique depuis 2008, sur troubles dégénératifs.
- Méralgie parésthétique à gauche.

- Fracture de la cheville gauche le 09.07.2008, traitement conservateur.
- Asthme bronchique.

D) SYNTHÈSE ET APPRECIATION DU CAS

Madame V. _____, âgée de 56 ans, ancienne dessinatrice en bâtiment est connue pour une maladie de Wegener. Elle a été vue en présence de son mari, sur une demi-journée. Elle s'est présentée très anxieuse, irritable et fatigable, mais collaborante. Après lecture détaillée du dossier fourni, nous avons procédé à une anamnèse approfondie et à un examen clinique. Sur sa demande elle a gardé son T-shirt en plus de ses sous-vêtements jusqu'à la hauteur de mi-cage thoracique pendant l'examen clinique. La mandante et son mari n'ont pas eu de questions au moment du départ.

Elle a par la suite été reconvoquée par le Service de Rhumatologie des E. _____ pour une appréciation plus spécifique de la problématique rhumatologique. Cette expertise rhumatologique a été intégrée à la présente, après discussion et consensus de tous les intervenants.

[...]

D'un point de vue objectif, on retient une Granulomatose de Wegener avec un début clinique marqué par une sialadénite en 2008, le diagnostic définitif étant posé au courant de l'année 2009. Cependant il existe probablement une baisse d'état général depuis 2006-2007 selon les dires de la patiente. Il s'agit d'une maladie chronique, rare, évolutive, qui engendre une inflammation des vaisseaux de petite taille et en conséquence, peut atteindre de multiples organes (sphères ORL, ophtalmique, pulmonaire, rénale). Par ailleurs, Madame V. _____ souffre de douleurs articulaires dégénératives, qui paraissent néanmoins au second plan.

La patiente déclare ne plus être en mesure de pouvoir assumer les activités de la vie quotidienne, pour des raisons de douleurs, d'épuisement et de fatigue généralisée, ainsi que de sa vie professionnelle (dessinatrice en bâtiment); ce métier demande en effet une concentration/attention et résistance psychique et physique importantes

Les diagnostics décrits au point C) sont objectifs et inattaquables. La sous-expertise rhumatologique intégrée à ce texte confirme une incapacité totale de travail. Le pronostic reste très réservé car il s'agit d'une maladie chronique où l'on ne peut pas attendre une guérison spontanée.

Un suivi médical régulier et un traitement de base contraignant doivent être poursuivis au long cours. D'autre part, l'assurée présente un état dépressif traité et fait l'objet d'un suivi psychiatrique.

Un bilan neuropsychologique pourrait être discuté, même si Madame V. _____ a déjà bénéficié d'un conseilium auprès d'un neurologue, le Docteur A. _____. Au vu de la maladie de base qui engendre déjà de notre point de vue une incapacité totale sur un plan strictement physique, la réalisation d'une expertise psychiatrique ne [...] modifierait en rien nos conclusions.

Au final, nous concluons à une incapacité totale de travail depuis le début de sa maladie rhumatologique. Un suivi régulier et un soutien psychiatrique sont indiqués. Diverses propositions thérapeutiques ont été faites dans les réponses aux questions ci-après et pourraient être évaluées par son médecin traitant en fonction de l'évolution de la maladie.

E) REPONSES AUX QUESTIONS

Question 1 :

Pour chaque domaine concerné quel est le diagnostic approprié ?

Domaine de rhumatologie / médecine interne

- Granulomatose avec poly-angiite (maladie de Wegener) c-ANCA positif, anti-PR3 positif, avec :
 - oAtteinte pulmonaire (nodule pulmonaire excavé 2008)
 - oAtteinte ORL (sialadénite de glandes salivaires majeures, épaissement des sinus en 2008)
 - oAtteinte rénale (présence d'érythrocytes urinaires)
 - oAtteinte ophtalmologique (ulcération du limbe en 2012)
 - oFatigue généralisée
 - oEtat dépressif chronique
- Troubles mnésiques subjectifs, probablement dans un contexte d'encéphalopathie sous-corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique.
- Asthme bronchique

Domaine de rééducation / orthopédie

- Syndrome lombo-vertébral chronique depuis 2008, sur troubles dégénératifs
- Méralgie parésthétique à gauche.
- Gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale et syndrome fémoro-patellaire, prédominant à gauche.
- Fracture de la cheville gauche le 09.07.2008, traitement conservateur.

Question 2 :

Quels problèmes de santé rencontre Madame V._____ et quelles sont leurs répercussions sur la capacité de travail de celle-ci ?

Les plaintes de santé auxquelles est confrontée Mme V._____ ne doivent pas être minimisées et conduire à une appréciation insuffisante de sa souffrance, même si les constatations liées au status clinique ne sont pas majeures.

La plainte principale de l'expertisée est une fatigue persistante, intense, rebelle, qui entrave sa vie quotidienne et la freine dans toutes ses activités. Mme V._____ évoque une incapacité à se reposer la nuit avec un sommeil non réparateur, entrecoupé par des réveils itératifs en raison d'une obstruction nasale et une sensation d'essoufflement, ainsi que des sensations de brûlures et de crampes au niveau des jambes, lui imposant l'application de décongestifs locaux et la prise de Dafalgan®. Elle a une grande difficulté à trouver une position confortable la nuit car le décubitus dorsal engendre une toux qui la réveille également.

Le réveil vers 6h30 est pénible et le lever vers 7h45 très difficile. Elle signale une raideur matinale d'environ 45 minutes, prédominant au niveau des mains, genoux, hanches, chevilles, bas du dos.

Ceci engendre des difficultés pour sa toilette, la prise d'un bain est compromise par la difficulté de sortir de la baignoire.

Elle éprouve également des maux de tête, souvent en casque, avec sensation de «tête prise dans un étau».

Elle s'efforce tant bien que mal de préparer un repas de midi simple et de participer à la vie de famille, qui est fortement dégradée. L'après-midi elle est complètement envahie par la fatigue et toute tâche ménagère ou simple sortie pour faire quelques courses se transforment en un calvaire. Elle est incapable de prendre sa voiture et toute tentative de conduite engendre une forte sensation de vertiges, exacerbation de ses maux de tête, nausées. De plus, chaque situation de stress est à l'origine d'accès d'angoisse, de sudations, palpitations,

sensation d'oppression de plusieurs minutes et souvent de crises de panique.

Elle relate la survenue d'une anxiété permanente concernant la récurrence et la progression de sa maladie, pour laquelle elle dit se sentir insuffisamment informée.

Parmi les autres plaintes, on retrouve la présence d'yeux secs avec la sensation de picotements, brûlures, malgré l'utilisation de larmes artificielles plusieurs fois par jour et Zaditen collyre à la demande. En raison d'une bouche sèche elle a une altération du goût et un besoin de boire fréquemment de l'eau pour pouvoir avaler des aliments secs, ce qui la prive de plaisir pendant la prise des repas. Au niveau du nez elle se plaint de croûtes permanentes associées à des saignements au moins deux fois par mois, nécessitant l'utilisation de pommades hémostatiques et l'obligeant à des consultations O.R.L. fréquentes.

L'ensemble de ce tableau clinique conduit à une incapacité de travail en raison de :

- Fatigue intense et difficultés de concentration
- Difficultés à se rendre sur les chantiers, à se déplacer en voiture (indispensable mais plus possible)
- Environnement hostile! poussière, fumée, peinture, environnement irritatif,
- Remise à niveau indispensable et difficultés à suivre des cours
- Absence de projection dans une activité professionnelle

Question 3 :

L'ancienne activité de Madame V._____ est-elle encore réalisable ? Le cas échéant, dans quel pourcentage et selon quelles limitations?

Concernant la maladie de Wegener, l'ancienne activité de Madame V._____ n'est plus réalisable. (cf question 2)

Etant donné l'impact psychologique de la maladie de base, de même que l'importante morbidité et mortalité qui lui sont associées malgré l'avancée dans le traitement et la prise en charge, Mme V._____ est constamment soumise à des contrôles stricts et contraignants de son état clinique, imposant des visites médicales régulières et multiples (elle dit qu'elle ne supporte plus d'aller en permanence chez les médecins).

Ceci engendre évidemment une anxiété foncière permanente et une humeur fortement abaissée. Le stress auquel son travail l'expose ne pourrait que conduire à une décompensation de son équilibre fragile et se solder le plus probablement par des décompensations et des hospitalisations prolongées.

Question 4 :

Des activités mieux adaptées sont-elles possibles ? Le cas échéant, de quelle nature, selon quel pourcentage de travail et quelles limitations fonctionnelles ?

Il semble difficile d'envisager une quelconque activité à ce stade. En dehors du risque élevé de récurrence de sa maladie de WG, son équilibre psychique l'entrave dans l'entreprise de toute activité professionnelle actuellement.

Question 5 :

L'exercice à hauteur de 50 % de l'ancienne activité de Madame V._____ est-elle adaptée aux limitations fonctionnelles que celle-ci rencontre ?

Non, (cf réponses aux questions ci-dessous).

Question 6 :

Quel pronostic est envisageable pour chacun des maux dont souffre Madame V._____ ?

Madame V. _____ présente une granulomatose avec polyangiite (anciennement maladie de Wegener).

Ce diagnostic a été retenu sur la base d'une inflammation chronique des sinus, d'une tuméfaction des parotides dont la biopsie a montré une réaction granulomateuse et de nodules pulmonaires au CT thoracique, ainsi que sur un syndrome inflammatoire persistant et la présence d'anticorps anti-PR3 positifs. La présence d'une autre maladie granulomateuse (tuberculose, sarcoïdose...) a été exclue.

En effet, la présence d'une inflammation granulomateuse, notamment dans la sphère ORL en présence d'anticorps anti-PR3 positifs, est suffisante pour affirmer le diagnostic de Wegener, et l'absence d'une histopathologie typique à la biopsie des nodules pulmonaires ne permet pas d'infirmier le diagnostic.

La maladie de Wegener est une vasculite granulomateuse nécrosante à ANCA+ avec spécificité anti-PR3 dans plus de 90% (dans environ 10% on peut retrouver des anti-MPO), qui touche les vaisseaux de petit calibre. L'atteinte est prédominante dans la sphère O.R.L. et les voies respiratoires supérieures et inférieures comme chez Mme V. _____.

Malgré le fait que moins de 20 % des patients avec maladie de Wegener au moment du diagnostic présentent une atteinte rénale, presque 80 % des patients vont présenter cette complication au cours de l'évolution de leur maladie, dont la présentation clinique la plus fréquente et la plus grave est une glomérulonéphrite nécrosante rapidement progressive.

La granulomatose avec polyangiite est une maladie rare dont la prévalence est de 3 cas /100 000.

Historiquement elle a été associée à une mortalité très élevée (>90%) avec taux de survie moyen de 5 mois depuis le diagnostic lorsqu'elle n'est pas traitée, le taux de mortalité atteignant les 80 % à 1 an. L'introduction de la corticothérapie a prolongé la survie médiane à 7,5 mois. Avec l'arrivée des traitements immunosuppresseurs cytotoxiques, la survie a été remarquablement augmentée et selon une méta-analyse, avec les traitements actuels, le taux de survie à 5 ans varie de 74 à 79 %.

Tout de même la mortalité à une année est encore élevée, d'environ 11 %.

[...]

Le taux de rémission de la maladie de Wegener varie de 30 à 93 %, mais malheureusement le taux de récurrences est de plus de 50 % dans les 5 premières années. Les facteurs favorisant la récurrence sont liés au traitement, au statut ANCA au moment du diagnostic et aux organes affectés (poumons, coeur, reins) [...]. L'atteinte rénale contribue à un pronostic sombre avec un taux de survie de moins de 70 % à 5 ans. Un risque cardio-vasculaire augmenté est également observé [...] ainsi qu'une incidence accrue de cancers [...]. Le taux de survie globale à 10 ans varie de 75 à 88 %. La morbidité liée au traitement est également très importante [...] Des études récentes ont démontré l'efficacité du Rituximab dans la maladie de Wegener pour l'induction de rémission, avec des effets indésirables inférieurs par rapport au traitement standard de cyclophosphamide, même si cela ne permet pas d'éviter les récurrences. Actuellement, on ne sait pas encore si la répétition du traitement de Rituximab à intervalles réguliers, même en dehors des récurrences permettrait de les éviter. Ce traitement est néanmoins une option à prendre en compte chez l'expertisée. [...] L'augmentation du taux d'anti-PR3 ANCA peut se corrélérer avec l'activité de la maladie, mais cette relation est inconstante et à elle seule ne permet pas de prédire les récurrences. D'autre part les ANCA négatifs n'excluent bien

entendu pas un risque de récurrence. Or, Madame V. _____ présente des anticorps anti-PR3 positifs.

D'autre part la présence d'une protéinurie suppose une atteinte rénale nécessitant un bilan néphrologique spécialisé avec éventuellement une biopsie rénale.

Dans ce contexte, l'expertisée est très angoissée et déstabilisée par le pronostic de sa maladie et se sent dans une grande insécurité et détresse psychologique. D'autre part, elle se dit insuffisamment informée à propos de sa maladie. Ceci engendre une importante anxiété et un état dépressif pour lequel elle a entrepris un suivi psychiatrique et a débuté un traitement antidépresseur. L'état de fatigue permanente, la sensation d'épuisement, le manque de sommeil réparateur, l'anxiété permanente conduisent à des troubles de concentration et de mémorisation, qui pourraient nécessiter un bilan neuro-psychologique. Dans l'état actuel il serait illusoire d'exiger de l'expertisée un travail intellectuel avec des calculs et mesures pointus, ainsi que des responsabilités qui ne feraient qu'aggraver l'état d'impuissance et de dépression.

Question 7 :

Quelles conséquences a sur son état de santé le traitement médical que Madame V. _____ est contrainte de suivre? Ledit traitement a-t-il à lui seul également une influence sur la capacité de travail ?

Une grande partie de la morbidité et de la mortalité de la maladie de WG est liée au traitement immunosuppresseur prolongé et en particulier aux retraitements des patients pendant leurs multiples récurrences.

Dans l'étude WGET, une augmentation de l'atteinte irréversible des organes était corrélée non seulement avec l'activité de la maladie au moment du diagnostic mais également avec le nombre des effets indésirables liés aux traitements, particulièrement parmi les patients avec une maladie limitée. Dans cette même étude, plus de 14 % des atteintes irréversibles évaluées selon le *Vasculitis Damage Index* étaient dues aux traitements [...].

Madame V. _____ a bénéficié d'un traitement d'induction de rémission par Methotrexate et Prednisone. Ce protocole est censé être moins toxique que le traitement standard par cyclophosphamides. Le traitement de Methotrexate a été comparé à la cyclophosphamide comme traitement d'induction des rémissions dans une étude randomisée contrôlée chez des patients avec une maladie limitée et sans atteinte rénale. Les résultats ont démontré que le Methotrexate peut être une alternative à la cyclophosphamide comme traitement d'induction de rémission, mais que le taux de récurrence reste élevé. [...]

Pendant la prise de Methotrexate, l'expertisée relate une sensation persistante de malaises, inappétence, nausées, symptômes qui ont perduré après la substitution du Methotrexate par Imurek, changement qui selon l'assurée n'a pas amélioré son état. En plus de cette sensation subjective, il y a la suspicion d'une encéphalopathie médicamenteuse pour laquelle le Methotrexate a été incriminé et substitué par l'Imurek.

Les effets secondaires du Methotrexate et de l'Imurek sont nombreux. En plus des effets gastro-intestinaux, le Methotrexate contribue à des anomalies hématologiques avec leucopénie, anémie, thrombocytopenie, ainsi qu'à une toxicité hépatique et pulmonaire. Il induit également des effets non spécifiques sur le système nerveux central, tels étourdissements, céphalées, changements d'humeur ou troubles de la mémoire [...]. De son côté, la toxicité de l'azathioprine

(Imurek®) inclut également une intolérance gastro-intestinale avec des nausées et diarrhées, des rashes cutanés, hépatite, pancréatite, stomatite, cytopénie, lymphomes.
En conclusion, la maladie et le traitement immunosuppresseur quel qu'il soit sont grevés d'une importante morbidité et mortalité."

Par déterminations du 7 novembre 2014, la recourante a confirmé ses conclusions en se référant à l'expertise des E. _____ du 14 octobre 2014 considérant que plus aucune activité professionnelle n'est exigible en raison de son état de santé. Relevant que, si l'expertise fixe le début de l'incapacité totale de travail au début de la maladie de Wegener, elle n'indique pas de date exacte, la recourante allègue qu'elle a été adressée au Service de rhumatologie du O. _____ à la fin de l'année 2008 mais que les premiers symptômes de sinusite étaient apparus au printemps 2007 pour lesquels la Dresse J. _____ l'avait adressée à un spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Le rapport médical du Dr C. _____ du 29 octobre 2014 confirmerait ses dires, puisqu'il indique que le diagnostic de granulomatose de Wegener a été posé à la mi-novembre 2008 mais que sa symptomatologie a toutefois certainement précédé ce diagnostic de quelques semaines ou mois (le rapport médical du Dr C. _____ annexé aux déterminations fixe la date du diagnostic au 13 novembre 2008).

Le 8 décembre 2014, l'intimé a transmis à la Cour de céans les déterminations du Dr H. _____ du SMR du 17 novembre 2014 relatives à l'expertise et à l'écriture de la recourante du 7 novembre 2014. Il en ressort notamment ce qui suit :

"La CASSO a ordonné la mise en place d'une expertise judiciaire bidisciplinaire rééducation et rhumatologie. Le rapport des experts est daté du 14 octobre 2014 et a pour conclusions que l'incapacité de travail de l'assurée est totale dans toute activité de l'économie du fait principal d'une maladie de Wegener associant des atteintes pulmonaires, ORL, rénales, ophtalmologiques et des troubles de la mémoire subjectifs probablement dans un contexte d'encéphalopathie sous-corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique. (page 25). Ce travail d'expertise démontre une modification significative de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise Z. _____ du 8 janvier 2011, modification qui va dans le sens d'une péjoration de l'état de santé somatique.

Nous relevons cependant que cette expertise judiciaire ne comporte pas de description d'une journée type de l'assurée, que nous ne trouvons pas mention d'éléments cliniques de base tels que le poids, la

taille, la mesure de la pression artérielle. Les experts n'expliquent pas non plus comment le diagnostic d'"encéphalopathie sous corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique" qu'ils retiennent en page 25 comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée est par contre sans impact sur la capacité à conduire un véhicule automobile, les experts notant page 19 "Courses : fait une partie des courses avec la voiture".

La CASSO qui a mandaté cette expertise appréciera donc sa valeur probante.

Nous n'avons pas d'autres commentaires et/ou remarques à vous communiquer."

La recourante ne s'est pas déterminée sur la position du SMR qui lui a été transmise le 15 décembre 2014 avec l'écriture de l'intimé du 8 décembre précédent.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

2. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité, respectivement l'évaluation de la capacité de travail retenue par le SMR, qui s'est fondé sur l'expertise du Dr Z. _____ du 8 janvier 2011. Cet expert, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que l'assurée avait été en incapacité totale de travail du fait de l'atteinte à la santé du 9 juillet 2008 au 31 mars 2010, mais que, dès le 1^{er} avril 2010 elle avait recouvré une capacité de travail de 50 % au moins dans l'activité habituelle de dessinatrice en bâtiment, soit proche de son taux d'activité antérieur; il a par ailleurs considéré que, dans une activité adaptée lui permettant de mener des tâches à sa guise, notamment par un travail à domicile, la capacité de travail résiduelle de la recourante dès le 1^{er} avril 2010 était de 80 %. Dans la décision querellée, après comparaison des revenus avec et sans invalidité et compte tenu d'une part active de 55 %, d'une part ménagère de 45 % et d'empêchements dans cette part ménagère à hauteur de 40,4 %, l'OAI a abouti à un degré d'invalidité de 23,18 %, soit à un degré d'invalidité inférieur au minimum légal requis de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Il a ainsi refusé à l'assurée toute rente d'invalidité. Dans sa réponse du 11 septembre 2011, l'OAI a toutefois conclu à la réforme partielle de sa décision dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, dès le 1^{er} août 2009 (6 mois après le dépôt de la demande du 24 février 2009), compte tenu d'un degré d'invalidité de 73 % (incapacité de travail totale pour une activité lucrative à 55 % et des empêchements de 40,4 % dans l'activité ménagère de 45 %), jusqu'au 30 juin 2010 (3 mois après l'amélioration dès le 1^{er} avril 2010). Mais dans ses écritures ultérieures, l'intimé a de nouveau conclu au rejet pur et simple du recours. L'évaluation de la capacité de travail retenue par l'OAI est litigieuse, la recourante critiquant l'appréciation qui en a été faite par l'expert Dr Z. _____ en faisant valoir que l'expertise n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence dès lors que son auteur n'est pas spécialisé en rhumatologie et que la maladie qu'elle présente ressortit à cette spécialité médicale. Elle reproche également à l'expert de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux figurant à son dossier et considère que

l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle est en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues et le descriptif que son dernier employeur a fait de son activité de dessinatrice en bâtiment. La recourante a donc requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, à confier principalement à un rhumatologue.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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. En outre, 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 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré

que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'espèce, force est de constater, avec la recourante, que l'expertise médicale mise en oeuvre par l'intimé ne répond pas aux exigences jurisprudentielles concernant la valeur probante des documents médicaux. On relève notamment que les conclusions relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail résiduelle de l'assurée sont en contradiction notamment avec celles du Dr D._____, spécialiste en rhumatologie (rapport médical du 25 septembre 2009), qui mentionne l'existence d'une vasculite sévère, absente de l'expertise, et du Dr A._____, spécialiste en neurologie (rapport médical du 28 octobre 2009). Le rapport d'expertise est en outre pauvrement documenté en regard de la nature particulièrement complexe de la pathologie dont souffre l'assurée (maladie de Wegener inflammatoire, auto-immune, chronique et récidivante, dont l'évolution est fluctuante mais avec une morbidité et une mortalité importantes) et des effets secondaires du traitement par immuno-suppresseur.

Par ailleurs, on s'étonne que l'OAI, respectivement le SMR, n'ait pas approfondi ses investigations médicales après avoir pris connaissance du rapport médical des Drs S._____ et F._____ du 4 avril 2011, lequel fait état d'une péjoration de la fonction rénale, qui n'existait pas au moment de l'expertise du Dr Z._____.

Au vu de ces éléments, dans son appréciation des preuves, la Cour de céans a finalement considéré que des doutes quant à la capacité de travail résiduelle de travail effective de la recourante subsistaient. Elle a par conséquent ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, se conformant en cela tant à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4) qu'à celle qui exige, dans les cas où les appréciations (d'observation médicale et professionnelle) divergent sensiblement, que l'administration, respectivement le juge confronte les deux évaluations et, au besoin, requière un complément d'instruction (TF 9C_739/2010 arrêt du 1^{er} juin 2011 consid. 2.3, 9C_1035/2009 arrêt du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18, les deux avec les références citées).

5. L'expertise judiciaire a été confiée, avec l'accord des parties, à des spécialistes en médecine physique, en réadaptation orthopédique et en neurologie. Le rapport de synthèse signé des Drs K._____, L._____ et G._____ a été produit le 14 octobre 2014.

La Cour de céans observe que dit rapport de synthèse de l'expertise bidisciplinaire réalisée par les spécialistes des E._____ aborde de façon circonstanciée les points litigieux. Les experts se fondent sur des examens complets et en pleine connaissance de l'anamnèse de l'intéressée, prennent en considération ses plaintes et décrivent de façon claire le contexte médical. Enfin leur appréciation de la situation médicale est particulièrement minutieuse, notamment en ce qui concerne les répercussions non seulement de la maladie dont souffre la recourante mais également de celles des effets secondaires découlant du traitement médicamenteux. Les conclusions auxquelles les experts aboutissent en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant sont dûment motivées, de manière systématique et rigoureuse, de sorte qu'elles emportent la conviction de la Cour de céans qui les fait siennes.

Les critiques de l'intimé, respectivement du SMR, à l'égard de l'expertise judiciaire paraissent par ailleurs infondées. En premier lieu, il est inexact que l'expertise ne décrit pas une journée type de la recourante. En réponse à la question 2, les experts font état de la façon dont l'intéressée leur a raconté la manière dont se déroulaient ses nuits et ses journées; l'expertise mentionne également les nombreuses visites médicales qui jalonnent le quotidien de l'assurée et décrit ses difficultés et sa répugnance à conduire un véhicule automobile, uniquement par nécessité pour des courses proches de son domicile. Ce dernier point bat en brèche la seconde critique du SMR qui reproche aux experts de ne pas expliquer comment le diagnostic d'encéphalopathie sous corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique qu'ils retiennent en page 25 comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée est par contre sans impact sur la capacité à conduire un véhicule automobile (cf. page 19 du rapport qui indique que l'assurée fait une partie des courses avec la voiture). Le recours extrêmement réduit de l'assurée à la conduite automobile est d'ailleurs confirmé par l'enquête économique du 7 décembre 2009. Quant à l'existence du diagnostic d'encéphalopathie sous corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique, elle est corroborée par le Dr A. _____ qui a été le premier à l'évoquer dans son rapport médical du 28 octobre 2009. Enfin, on ne voit pas en quoi l'absence de la mention des éléments cliniques de base tels que le poids, la taille ou la mesure de la pression artérielle enlèverait toute valeur probante au rapport d'expertise des E. _____. Le SMR ne l'explique d'ailleurs pas. Au demeurant, il suffit de relever que ces données de base ressortaient déjà d'autres rapports médicaux au dossier.

En définitive, contrairement à ce que semble soutenir l'intimé, les experts exposent de façon convaincante les raisons pour lesquelles ils sont arrivés à la conclusion que la recourante ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans quelque activité professionnelle que ce soit depuis l'apparition de la maladie de Wegener, avec comme premier signe clinique une sialadénite (cf. rapport d'expertise, p. 27). Après avoir exposé que les plaintes de la recourante ne devaient pas être minimisées et conduire à une appréciation insuffisante de sa souffrance, ils expliquent (cf. rapport

d'expertise pp. 31 et 31) que l'ensemble du tableau clinique conduit à une incapacité de travail en raison notamment d'une fatigue intense et de difficultés de concentration, de difficultés à se rendre sur les chantiers, à se déplacer en voiture, d'un environnement hostile, avec poussière, fumée, peinture et environnement irritatif. Enfin, les explications données en réponse à la question 7 concernant les répercussions des effets secondaires du traitement médicamenteux sont claires et précises et corroborent les plaintes de la recourante quant à sa fatigue intense et ses troubles cognitifs. Cela étant, la Cour de céans est d'avis que le point de vue des experts concernant la capacité de travail résiduelle de la recourante est objectivement fondé.

6. a) En définitive, sur la base du rapport d'expertise judiciaire des spécialistes des HUG, la Cour de céans considère que la recourante ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans quelque activité professionnelle que ce soit depuis le mois de septembre 2008, à savoir depuis le moment où le diagnostic d'une sialadénite, premier signe clinique de la maladie de Wegener selon les experts, a été posé.

Il reste à déterminer le degré d'invalidité.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en

fonction de l'incapacité à accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode "spécifique" d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507 sv., 125 V 146 consid. 2c p. 150, 117 V 194).

En l'espèce, l'intimé a constaté que sans atteinte à la santé, le recourante exercerait une activité lucrative à 55 % et qu'elle consacrerait 45 % de son temps à ses activités ménagères. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette constatation, fondée sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du 7 décembre 2009. La recourante ne la conteste d'ailleurs pas. Par ailleurs, dite enquête économique sur le ménage a abouti au constat d'un empêchement de 40,4 % à exercer ses activités ménagères habituelles. L'incapacité totale sur la part active de 55 % additionnée à l'incapacité de 18,8 % sur la part ménagère de 45 % (laquelle résulte d'un empêchement non contesté de 40,4 %) conduit ainsi à un degré d'invalidité de 73,8 %, lequel ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Ainsi, compte tenu du

délai de carence d'une année (art. 28 LAI) à compter de septembre 2008, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2009. Le recours doit donc être admis et la décision attaquée réformée en ce sens.

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 francs, à la charge de l'OAI, qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 23 juin 2011 est réformée en ce sens que V._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2009.

- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante V._____ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique, à Bienne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :