

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 avril 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Pasche et Mme Rossier, assesseur  
Greffière : Mme Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par son curateur  
**Z.**\_\_\_\_\_, à [...],

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA; 28 LAI**

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

**A.** T.\_\_\_\_\_, née en 1953, d'origine brésilienne, est entrée en Suisse en 1979. Elle ne sait ni lire ni écrire, et s'exprime très laborieusement en français. Sans formation professionnelle, elle a régulièrement travaillé comme employée de nettoyage, notamment pour le compte de [...] de septembre 2001 à mai 2004, à un taux d'activité d'environ 30% (3 heures par jour) pour un salaire mensuel moyen de 1023 francs. Après avoir bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, elle a été prise en charge par les services sociaux. Elle était à l'époque sous curatelle volontaire.

Le 22 mars 2007, T.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison de douleurs dorsales et plantaires. Elle a précisé qu'en bonne santé, elle travaillerait au taux de 100% comme employée de nettoyage, par nécessité financière, depuis son divorce en mars 2004 (formulaire 531bis du 4 avril 2007).

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 25 avril 2007, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques, d'hyperkératose plantaire bilatérale sévère invalidante associée à une onycho-dystrophie, d'obésité, d'hypertension artérielle, de bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme et d'état dépressif. Le Dr W.\_\_\_\_\_ évoquait une composante dépressive non investiguée "entretenu par des douleurs chroniques, des difficultés existentielles, des déceptions sentimentales et des soucis pour sa fille". Il qualifiait les chances de reconditionnement au travail de très aléatoires, alors que l'assurée ne s'était jamais adaptée depuis son arrivée en Suisse. Il expliquait que T.\_\_\_\_\_ avait été

adressée en 2002 à la consultation de l'unité du rachis au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) alors qu'elle présentait un absentéisme au travail très important en raison des lombalgies récidivantes. La prise en charge au CHUV (traitement intensif puis physiothérapie ambulatoire) n'avait apporté que peu d'amélioration et un état dépressif primaire ou secondaire avait alors été évoqué (rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2002). Dans ce contexte, une perte de poids avait également été proposée à l'assurée en raison de son obésité, mais sans succès, pour des raisons essentiellement culturelles et linguistiques.

Dans un rapport du 31 mai 2007, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a posé les diagnostics d'hyperkératose plantaire chronique fissuraire, d'origine génétique probable, en partie post-traumatique, existant depuis 1978 environ, ainsi que d'arthrose, de troubles visuels, d'excès pondéral, d'hypertension artérielle, de crampes musculaires et de douleurs rhumatismales, apparus progressivement. Il préconisait un examen médical complémentaire pour apprécier les comorbidités autres que cutanées. Les plaintes de l'assurée se traduisaient par des douleurs et une impotence à la marche. Le Dr R.\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale dans la profession de femme de ménage depuis le 25 avril 2006 (début du traitement), faisant état d'une évolution favorable depuis l'introduction d'un traitement systémique (Acitrétine) en mars 2007. Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, le confort de vie de la patiente pouvait "certainement encore nettement" être amélioré, mais probablement pas sa capacité de travail; cependant, si l'amélioration devait être suffisante, un travail léger, assis, non qualifié et à temps partiel pourrait être envisagé.

Le 6 mai 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au Dr W.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante:

"L'évolution de la maladie cutanée est fort réjouissante. Je pense que nous avons atteint le "rythme de croisière" au plan thérapeutique. Une diminution des doses d'acitrétine comporterait un risque élevé d'aggravation. Heureusement, il ne semble pas y

avoir de retentissement significatif sur les lipides sanguins. Je vous propose donc d'espacer les contrôles biologiques à 1 x/3mois.

Pour ma part, j'espace aujourd'hui la fréquence de mes rendez-vous à 1 x/2 mois.

La dermite hyperkératosique plantaire pose le diagnostic différentiel d'un psoriasis, que je ne saurais cependant retenir en l'absence d'éléments sémiologiques caractéristiques et de lésion à distance. Eu égard aux plaintes articulaires actuelles, il y a peut-être indication à un examen rhumatologique spécialisé en posant formellement la question d'une arthrite psoriasique, ce qui indiquerait le passage à un traitement anti-inflammatoire systémique (de type méthotrexate ou anti-TNF)."

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) de Lausanne. Elle a été mise en œuvre aux mois d'octobre, novembre et décembre 2008, et le consilium de synthèse a eu lieu le 23 janvier 2009. Dans leur rapport du 25 mai 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble envahissant du développement sans précision (F84.9), de retard mental léger (F70), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), de douleurs des deux pieds dans le cadre d'une hyperkératose d'origine indéterminée, de dorsolombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés et de gonarthrose débutante bilatérale. Ils ont également diagnostiqué, comme sans répercussion sur la capacité de travail, des scapulalgies gauches et une obésité de classe I selon l'OMS. Du point de vue dermatologique, le traitement d'Acitrétine semblait avoir un effet bénéfique et l'intensité actuelle de l'hyperkératose plantaire était jugée modérée et sans influence sur la capacité de travail. Lors du consilium de dermatologie de décembre 2008, il avait été constaté que l'élévation des FAN (facteur antinucléaire) ne semblait actuellement pas être compatible avec une lésion cutanée, en l'absence d'argument clinique pour un éventuel lupus érythémateux disséminé ("En ce qui concerne les FAN à 1/1280 à l'examen du jour, on ne constate pas d'altération compatible, à l'exception de l'alopecie pour laquelle il faudrait exclure une alopecie dans le cadre d'un lupus érythémateux. Cependant, aucun autre argument pour un lupus n'est présent actuellement"). Il convenait de

suivre l'évolution de cette problématique par un contrôle de valeurs biologiques avec avis immunologique en cas de modification de la symptomatologie. Les Drs M.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ considéraient que c'était essentiellement la diminution des ressources psychiques ainsi que le niveau intellectuel qui pouvaient faire obstacle à un éventuel processus de réinsertion professionnelle. La capacité de travail était diminuée de 25% au moins depuis 2002, date vraisemblable de la cessation de toute activité professionnelle, et il était vraisemblable qu'une incapacité de travail partielle perdure. Actuellement, la capacité de travail résiduelle était estimée à 50% dans une activité adaptée très simple et compatible avec le niveau intellectuelle de l'expertisée; l'activité devait permettre d'alterner les positions assis-debout, d'éviter le port de charges et les travaux lourds, de limiter le périmètre de marche compte tenu de l'atteinte dermatologique et devait tenir compte du niveau de formation de l'assurée, de sa capacité à apprendre et de sa motivation.

Entre-temps, le Dr W.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'assurée avait été hospitalisée au CHUV du 8 au 17 avril 2009 en raison d'un lupus érythémateux. Il se pouvait que cette pathologie évoluât depuis un certain temps, expliquant ainsi certains symptômes (note d'entretien du 14 mai 2009).

Dans un rapport médical du 14 juillet 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a retenu le trouble envahissant du développement, sans précision, comme atteinte principale à la santé; les pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité étaient un retard mental léger, un trouble somatoforme douloureux persistant, des dorso-lombalgies chroniques, une gonarthrose débutant bilatérale, une hyperkératose des pieds et un lupus érythémateux. Il a été considéré qu'une incapacité de travail totale pouvait être tenue pour établie dès avril 2006; dès mai 2008, la capacité de travail résiduelle était de 50% dans une activité légère adaptée aux douleurs arthrosiques, au trouble psychiatrique et au niveau intellectuel de l'assurée, soit une activité très simple et peu stressante. Le SMR a estimé que la réinsertion était théoriquement possible dès mai 2008, moment où l'hyperkératose

des pieds, motivant l'incapacité de travail totale par sa gravité, s'était suffisamment améliorée. Concernant le lupus érythémateux, s'il s'agissait bien d'un nouveau diagnostic, cette atteinte avait déjà été discutée, pas encore confirmée lors de l'examen, mais était certainement déjà présente. Il était précisé que ce n'était pas le diagnostic en tant que tel qui définissait la capacité de travail mais ses conséquences, respectivement les limitations fonctionnelles actuelles.

**B.** Par communication du 17 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné le droit à l'orientation professionnelle et que les conditions étaient remplies. Lors de l'entretien initial du 26 octobre 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de sa fille, a expliqué que les médecins avaient diagnostiqué, en juin 2009, une polyarthrite rhumatoïde. Elle évoquait aussi des troubles de la mémoire en lien avec un des médicaments qu'elle prenait et devait continuer à prendre selon son médecin. Avant d'envisager toute mesure, la Division réadaptation de l'OAI a requis du Dr W. \_\_\_\_\_ un nouveau rapport médical aux fins de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assurée (rapport initial et final adulte du 26 octobre 2009 et note d'entretien du 27 octobre 2009).

Dans son rapport du 9 novembre 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de maladie de Still de l'adulte versus lupus érythémateux systémique (LES), de diabète insulino-dépendant, d'ostéoporose cortico-induite, d'anémie normochrome normocytaire hyporégénérative et de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Il expliquait que depuis l'expertise dont elle avait fait l'objet en automne 2008, l'assurée avait développé une symptomatologie de douleurs articulaires importantes au niveau des épaules, des coudes, des mains, des chevilles, avec tuméfaction associée et état fébrile jusqu'à 40° selon les mesures effectuées au CHUV. Même si la situation avec le dernier traitement d'Actemra® débuté en août 2009 avait entraîné une amélioration très significative, l'assurée paraissait cependant totalement inapte à exercer une activité lucrative et il n'était pas possible de se prononcer sur le pronostic ni sur l'évolution de l'incapacité de travail à court ou à moyen terme. Le Dr W. \_\_\_\_\_ se fondait sur différents rapports médicaux établis

au CHUV, qu'il produisait. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2009, les Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du Service d'immunologie et d'allergie du CHUV posaient le diagnostic de maladie de Still de l'adulte versus lupus érythémateux systémique (LES). Ils mentionnaient l'apparition depuis trois semaines de douleurs articulaires importantes ainsi qu'une ferritine avec une valeur maximale à 28045 µg/l. le 9 avril 2009. Un rapport de sortie du Service de médecine interne du CHUV du 24 août 2009 avait trait à une hospitalisation du 31 juillet au 19 août 2009 en raison d'une recrudescence des symptômes due à un début de sevrage de la Prednisone®. Dans le rapport du 22 octobre 2009, les Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ rappelaient que la patiente était connue pour une maladie de Still de l'adulte, avec pour diagnostic différentiel encore ouvert un lupus érythémateux systémique, diagnostiquée en avril 2009. Ce rapport, établi le lendemain d'un contrôle pour une perfusion d'Actemra®, faisait état d'une évolution très rapidement favorable avec une quasi disparition des douleurs articulaires, l'absence de synovite et la disparition du syndrome inflammatoire biologique.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 14 février 2010. Selon le rapport d'enquête du 18 février suivant, le status proposé était celui d'active à 100%.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté, dans un avis du 25 mai 2010, que le diagnostic de maladie de Still de l'adulte ou de lupus érythémateux avait déjà été pris en considération par le SMR dans son rapport du 14 juillet 2009. Il soulignait que l'état de santé de l'assurée s'était d'ailleurs plutôt amélioré à la suite de l'instauration du traitement d'Actemra®. La position du SMR n'avait dès lors pas à être modifiée.

Dans le rapport final du 13 juillet 2010, la Division réadaptation a conclu que compte tenu de son profil professionnel (âge, absence de formation, importantes lacunes en français, faibles ressources adaptatives, niveau intellectuel), des mesures professionnelles n'auraient pas permis à l'assurée de réduire le préjudice économique. Le revenu sans invalidité était estimé à 50'104 fr., correspondant au salaire perçu par une

personne non qualifiée mais bénéficiant d'une expérience professionnelle comme employée de nettoyage, selon la Convention collective de travail du secteur du nettoyage de 2008 (soit 20 fr. 70 de l'heure). Le revenu d'invalidé était fondé sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), singulièrement sur le revenu en 2008 pour une activité simple et répétitive n'exigeant pas de formation particulière (niveau de qualification 4), telle qu'une activité industrielle légère, le contrôle-surveillance d'un processus de production ou le montage-assemblage de pièces légères; le revenu d'invalidé était ainsi de 23'115 fr., en tenant compte d'un taux d'activité de 50% et d'un abattement de 10%.

Le 14 mars 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet d'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 22 mars 2006 au 30 juin 2006, d'une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 juillet 2008, puis à nouveau d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2008. Il admettait que depuis 2002, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Dès le 1<sup>er</sup> mai 2008, sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes: position de travail debout-assis alternée, pas de port de charges lourdes, périmètre de marche limité. Le revenu d'invalidé de 23'115 fr., comparé au gain de valide de 50'104 fr., mettait en évidence une perte de gain de 26'969 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 53.86%, taux ouvrant droit à une demi-rente. L'OAI précisait ce qui suit:

"Au terme du délai de carence d'une année, soit en 2003, vous présentiez une incapacité de travail et de gain de 50% dès lors le droit à une demi-rente est ouvert.

Suite à l'aggravation de votre état de santé survenue le 1<sup>er</sup> avril 2006, la demi-rente est remplacée par une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, soit après le délai de trois mois d'aggravation selon l'article 88a, alinéa 1, RAI précité.

Votre état de santé s'étant à nouveau amélioré à partir du 1<sup>er</sup> mai 2008, la rente entière est remplacée par une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> août 2008, soit après le délai de trois mois d'amélioration de l'état de santé, selon l'art. 88a, alinéa 1, RAI susmentionné.

Toutefois, si la demande est déposée plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant la demande (article 48, alinéa 2, LAI).

Votre demande déposée le 22 mars 2007 est donc tardive. Par conséquent, les prestations susmentionnées ne peuvent être octroyées qu'à compter du 22 mars 2006."

T.\_\_\_\_\_ a contesté le préavis, invoquant l'impossibilité de trouver un emploi même à temps partiel eu égard à son état de santé, à l'absence d'apprentissage d'une autre profession et à ses difficultés à s'exprimer en français.

Par décision du 12 septembre 2011, faisant suite au projet de décision du 14 mars 2011, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011.

**C.** Par acte du 3 octobre 2011, complété le 22 octobre 2011, T.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 12 septembre 2011 en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2008. Elle soutient que ses nombreux problèmes de santé sont "un frein certain à sa capacité de travailler".

**D.** Par décision du 24 octobre 2011, l'OAI a alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2006 au 30 juin 2006, une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 juillet 2008 et une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août 2008 au 31 août 2011.

**E.** Le 13 décembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours interjeté contre la décision du 12 septembre 2011. La recourante n'a pas répliqué.

Le 9 février 2012, le juge en charge de l'instruction du dossier a informé les parties du fait que la cause lui semblait suffisamment instruite et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2. a)** Dans le projet de décision du 14 mars 2011, l'intimé annonce à l'assurée son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité avec effet dès le 22 mars 2006, une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 juillet 2008, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2008. La recourante a contesté ce projet, mais l'intimé a maintenu son point de vue. Il a toutefois rendu deux décisions séparées pour allouer à l'assurée une demi-rente d'invalidité avec effet dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011 (décision du 12 septembre 2011) et, notamment, une demi-rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août 2008 au 31 août 2011 (décision du 24 octobre 2011). L'assurée n'a formellement recouru que contre la première de ces décisions.

**b)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en

justice par voie de recours. Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b, 2 et les références; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in *Mélanges Pierre Moor*, 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité; 110 V 48 consid. 4a in fine; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 sv.).

**c)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie des rentes d'invalidité temporaires ou échelonnées, il règle de ce fait un rapport juridique complexe: le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application, mutatis mutandis, de la procédure de révision des art. 17 LPGA et 88 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.2012). Mais il n'en demeure pas moins que c'est le droit à la rente qui forme l'objet du litige dans cette situation.

Si l'assuré ne conteste dans son recours que certains aspects d'un tel prononcé, cela ne signifie pas pour autant que les autres éléments contestés acquièrent force de chose jugée et sont soustraits à l'examen du juge (ATF 122 V 351 consid. 4). Cela découle également des règles de droit matériel applicables quant à l'examen de cette question au fond puisque, selon la jurisprudence rendue en la matière (ATF 109 V 125), il importe d'établir l'existence d'un changement important des circonstances propre à justifier le prononcé de rentes échelonnées ou limitées dans le temps. Or, un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre les différents états de faits successifs (cf. ATF 125 V 413 cité; TF 9C\_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3; TFA I 299/03 du 29 juin 2004, consid. 5.1).

**d)** En l'espèce, l'OAI ne pouvait statuer, dans la première décision du 12 septembre 2011, sur le droit à la rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour la période antérieure. Le fait qu'il n'ait formellement statué sur ce droit, pour la période courant jusqu'au 31 août 2008, que le 24 octobre 2011 ne constitue qu'une circonstance liée au délai de calcul des montants concrètement alloués à titre rétroactif. Mais l'intimé était au clair, lorsqu'il a alloué une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, sur le fait qu'il allouerait une même prestation depuis le 1<sup>er</sup> août 2008, en l'absence de toute modification des circonstances justifiant l'allocation de prestations différentes. Cela ressort d'ailleurs du projet de décision du 14 mars 2011. Dans ces circonstances, l'absence de recours formel contre la décision du 24 octobre 2011 ne dispense pas le tribunal d'examiner le droit aux prestations pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2011, étant toutefois admis, en l'absence de grief soulevé par la recourante, que le tribunal peut limiter son examen aux aspects qui paraissent poser clairement problème au regard du dossier et des allégations des parties.

En l'occurrence, pour la période précédant le mois d'août 2008, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité du 22 mars 2006 au 30 juin 2006 puis à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 juillet 2008, ce qui ne prête pas flanc à

la critique au regard des pièces médicales au dossier. Par ailleurs, la recourante ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début droit à la rente au 22 mars 2006. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la période antérieure au 1<sup>er</sup> août 2008.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

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

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**b)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

**c)** Selon le principe de 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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

**4.** L'intimé considère, en se référant au rapport établi le 14 juillet 2009 par le SMR, que la recourante dispose depuis mai 2008 d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée aux douleurs arthrosiques, au trouble psychiatrique et à son niveau intellectuel. La recourante conteste cette appréciation, alléguant que ses problèmes de santé sont un frein à la reprise d'une activité professionnelle.

**a)** Dans un rapport du 31 mai 2007, le Dr R. \_\_\_\_\_ diagnostique, sur le plan dermatologique, une hyperkératose plantaire chronique fissuraire, d'origine génétique probable, en partie post-traumatique, engendrant des douleurs et une impotence à la marche. Il constate une amélioration de l'état de santé depuis l'introduction d'un traitement systématique (Acitrétine) en mars 2007, précisant que l'hyperkératose, qui justifie une incapacité de travail totale, a résisté aux précédents traitements administrés dès le 25 avril 2006. Il estime que le confort de vie de l'assurée peut encore être nettement amélioré, relevant

que si l'amélioration future est suffisante, un travail non qualifié, léger, assis et à temps partiel pourra être envisagé.

En mai 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ observe une évolution de la maladie cutanée "fort réjouissante" et un bon équilibre au niveau thérapeutique. Il propose d'espacer la fréquence des rendez-vous (fax du 6 mai 2008 au Dr W.\_\_\_\_\_).

Aux mois d'octobre à décembre 2008, une expertise pluridisciplinaire est réalisée au COMAI. Les Drs M.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ posent les diagnostics de trouble envahissant du développement sans précision (F84.9), de retard mental léger (F70), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), de douleurs des deux pieds dans le cadre d'une hyperkératose d'origine indéterminée, de dorsolombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés et de gonarthrose débutante bilatérale. Sur le plan dermatologique, ils relèvent que le traitement d'Acitrétine semble avoir un effet bénéfique et que l'intensité actuelle de l'hyperkératose plantaire est modérée et sans influence sur la capacité de travail. Lors du consilium de dermatologie en décembre 2008, les spécialistes ont recherché une éventuelle maladie de système associée et ont constaté l'insuffisance d'argument clinique pour un éventuel lupus érythémateux disséminé; ils recommandaient de suivre l'évolution de cette problématique par un contrôle des valeurs biologiques avec avis immunologique en cas de modification de la symptomatologie. Les experts estiment que c'est essentiellement la diminution des ressources psychiques et le niveau intellectuel qui peuvent faire obstacle à un éventuel processus de réinsertion professionnelle. Ils retiennent que la capacité de travail est diminuée de 25% au moins depuis 2002. Actuellement, dans une activité adaptée - très simple, compatible avec le niveau intellectuel de l'assurée, permettant d'alterner les positions assis-debout, sans port de charges ni travaux lourds, avec un périmètre de marche limité -, la capacité de travail est exigible à 50% (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 mai 2009).

On peut reconnaître une pleine valeur probante aux constatations des experts du COMAI. Le rapport contient une anamnèse détaillée, la description des plaintes et données subjectives de l'assurée, les résultats des examens et consultations spécialisées, les diagnostics selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), une appréciation du cas et une motivation relative à la capacité de travail finalement constatée. Ces éléments découlent des pièces figurant au dossier de l'OAI, de l'examen clinique, des consiliums psychiatrique, rhumatologique et dermatologique réalisés dans le cadre de l'expertise. Partant, l'expertise, détaillée, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

Elle corrobore également l'appréciation des médecins qui se sont prononcés antérieurement, particulièrement le Dr R.\_\_\_\_\_. Il n'existe ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du COMAI, laquelle conduit à constater, en décembre 2008, une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, en raison notamment des troubles psychiques présentés par la recourante.

**b)** En avril 2009, les Drs K.\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_ du Service d'immunologie et d'allergie du CHUV posent le diagnostic de maladie de Still de l'adulte versus lupus érythémateux systémique, à la suite d'une hospitalisation de la recourante. Elle présente des douleurs articulaires importantes au niveau des épaules, des coudes, des mains, des chevilles, avec une tuméfaction associée, ainsi qu'un état fébrile jusqu'à 40° selon les mesures effectuées au CHUV. Les Drs K.\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_ relèvent qu'un certain nombre d'éléments évoquant fortement une maladie de Still sont présents chez l'assurée et privilégient ce diagnostic à celui de lupus érythémateux systémique, sans toutefois exclure ce dernier (rapport du 1<sup>er</sup> mai 2009).

La recourante fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation dans le Service de médecine interne du CHUV, du 31 juillet au 19 août 2009. En l'absence d'un foyer infectieux, les médecins mettent la symptomatologie

et le syndrome inflammatoire sur le compte d'une poussée de la maladie de Still sous-jacente. L'évolution clinique restant défavorable sous le traitement immunosuppresseur administré, leurs collègues du service d'immunologie proposent un traitement de tocilizumab (Actemra®), qui s'administre tous les quinze jours par perfusion intraveineuse de 60 minutes. Le rapport de sortie du 24 août 2009 fait également état d'un diabète cortico-révéle, d'un haut risque d'ostéoporose en raison de la corticothérapie, d'une anémie normochrome normocytaire hyporégénérative, d'une hypertension artérielle et d'une hyperkaliémie. Les Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ mentionnent une évolution rapidement favorable à la suite du traitement d'Actemra®, avec une quasi disparition des douleurs articulaires, l'absence de synovite et la disparition du syndrome inflammatoire biologique, précisant que ce traitement doit se poursuivre au long terme, au moins un à deux ans (rapport du 22 octobre 2009).

L'OAI s'est renseigné auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, lequel expose que si la situation avec le dernier traitement a entraîné une amélioration très significative, l'incapacité de travail demeure totale; l'assurée paraît inapte à exercer une activité lucrative et il est impossible d'établir un pronostic et d'évaluer la capacité de travail à court ou moyen terme (rapport du 9 novembre 2009).

Dans son avis du 25 mai 2010, le SMR considère que le diagnostic de maladie de Still de l'adulte ou de lupus érythémateux a été pris en considération dans son rapport médical du 14 juillet 2009 et que l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ et les rapports médicaux du CHUV n'apportent aucun élément nouveau. Il retient essentiellement l'amélioration de l'état de santé de la recourante depuis l'instauration du traitement d'Actemra®. Dans son rapport du 14 juillet 2009, le SMR mentionne comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité un lupus érythémateux; cette atteinte est qualifiée de diagnostic différentiel par les médecins du Service d'immunologie et d'allergie du CHUV, lesquels donnent la préférence au diagnostic de maladie de Still de l'adulte. Cela étant, le SMR considère que cette nouvelle atteinte était

"certainement déjà présente" lors de l'expertise du COMAI, puisqu'elle a été discutée. Or, lors du consilium de dermatologie en décembre 2008, les médecins ont constaté une alopécie pouvant provenir d'une maladie auto-immune mais ont conclu qu'aucun autre argument pour un éventuel lupus érythémateux n'était présent actuellement. Ils n'ont dès lors pas posé ce diagnostic lors de leur consilium de synthèse et, corollairement, n'en ont pas tenu compte lors de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. En outre, si le SMR relève à juste titre que "ce n'est pas le diagnostic en tant que tel qui définit la capacité de travail mais ses conséquences respectivement les limitations fonctionnelles actuelles", force est de constater que seul le Dr W. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les conséquences de la nouvelle atteinte à la santé sur la capacité de travail de la recourante. La Division réadaptation avait pourtant jugé nécessaire de se renseigner sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée avant d'envisager toute mesure d'ordre professionnel (rapport initial et final du 26 octobre 2009). L'avis du SMR postérieur aux rapports du CHUV n'aborde pas la question de la capacité de travail; il ne fait que mentionner une amélioration à la suite de l'instauration du traitement d'Actemra®. A cet égard, il sied de préciser que ce traitement n'a été instauré qu'en août 2009, à la suite d'une deuxième hospitalisation liée à la maladie de Still de l'adulte, et doit se poursuivre durant un à deux ans.

**c)** A l'aune de ce qui précède, on retiendra qu'en décembre 2008, le diagnostic différentiel de lupus érythémateux était évoqué mais non retenu en l'absence d'argument clinique; il apparaît vraisemblable que la symptomatologie y afférente est apparue progressivement, le diagnostic de maladie de Still de l'adulte versus lupus érythémateux systémique étant posé en avril 2009.

Ainsi, il y a lieu d'admettre que la situation médicale de la recourante est clairement établie jusqu'en décembre 2008. Dès avril 2009, de forts soupçons de péjoration de l'état de santé existent, qui pourraient modifier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité; il convient dès lors d'entreprendre d'autres mesures d'instruction pour la période postérieure au mois de décembre 2008, l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_ ne

permettant pas d'établir la capacité résiduelle de travail de la recourante de manière suffisamment précise pour statuer sur le droit à la rente. Il appartiendra à l'intimé de définir les mesures d'instruction à mettre en œuvre pour éclaircir les faits sur ce point, avant de statuer à nouveau sur le droit à la rente pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

**5. a)** Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé); c'est la méthode ordinaire dite "de comparaison des revenus" (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.3 ss).

**b)** La méthode de comparaison des revenus employée par l'intimé ne prête pas flanc à la critique et n'est d'ailleurs pas discutée dans le présent recours. Cependant, on observe que l'abattement de 10% sur le salaire d'invalidé n'est pas adéquat, au vu du handicap de l'assurée.

En effet, lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques ressortant des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédérale de la statistique pour estimer le revenu d'invalidé – comme cela est le cas en l'espèce –, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération sur les salaires ESS) (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C\_91/2010 du 2 juillet 2010 consid. 4.1). Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un

revenu d'invalidé qui correspond au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b).

**c)** En l'occurrence, il est reconnu à la recourante une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité légère très simple, compatible avec son niveau intellectuel et tenant compte de l'absence de formation et de sa capacité à apprendre, permettant l'alternance des positions, évitant le port de charges lourdes et avec un périmètre de marche limité (rapport d'expertise du COMAI du 29 mai 2009). Pris dans le cadre même de l'évaluation de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle, ces facteurs justifient à première vue un abattement supérieur au 10% retenu par l'intimé.

Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher définitivement cette question, qui n'est pas décisive en l'espèce. En effet, même en admettant une réduction de 15%, la recourante continuerait de percevoir une demi-rente d'invalidité. Le revenu d'invalidé s'élèverait à 21'831 fr. (25'683 fr. 85 - 15%) et, après comparaison avec le revenu sans invalidité (50'104 fr.), il résulte une perte de gain de 28'273 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 56.42% (28'273 fr. / 50'104 fr. x 100). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré de 60%, il n'ouvre de toute façon pas droit à trois-quarts de rente d'invalidité.

**6.** Compte tenu de ce qui précède, la décision du 24 octobre 2011 doit être confirmée, en tant qu'elle porte sur la période du 1<sup>er</sup> mars 2006 au 31 décembre 2008; elle est également confirmée, de même que la décision du 12 septembre 2011, dans la mesure où elle reconnaît à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité au moins pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. En revanche, les décisions des 24 octobre 2011 et 12 septembre 2011 sont annulées dans la mesure où elles nient le

droit à une rente entière ou à trois-quarts de rente pour la période postérieure au 31 décembre 2008. Il appartiendra à l'OAI de compléter l'instruction de la cause et de statuer à nouveau sur ce point.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante obtenant gain de cause sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD). Il n'y a pas davantage lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. Dans la mesure où elles portent sur le droit à trois-quarts de rente ou à une rente entière pour la période postérieure au 31 décembre 2008, les décisions des 12 septembre et 24 octobre 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont annulées et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Ces décisions sont maintenues en tant qu'elles reconnaissent le droit à une demi-rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 décembre 2008.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_ pour (T. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :