

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2010

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M.     Abrecht et M. Monod, assesseur  
Greffier     :     Mme     Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante

et

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

---

**Art. 4, 28 LAI; 6 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 16 juillet 1951, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse en bijouterie, a travaillé en qualité de sommelière du 1<sup>er</sup> juillet 1995 au 5 mai 2002.

Selon un rapport médical adressé le 26 juillet 2002 par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, à l'assureur perte de gain de l'employeur, L.\_\_\_\_\_, l'assurée présentait une "décompensation cirrhone mixte éthylique et probablement primitive au stade CHILD B", une gastropathie d'hypertension portale de stade I ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif récurrent, décompensé, réactionnel à une situation d'instance de divorce. Le médecin traitant précisait que la cirrhone comportait une importante ascite, plusieurs fois ponctionnée, et s'accompagnait d'une encéphalopathie dont l'évolution était lentement favorable.

Le 2 septembre 2002, le Dr T.\_\_\_\_\_ a complété le rapport médical du 26 juillet précédent à L.\_\_\_\_\_ comme suit :

"(...)

Cette patiente est connue pour un syndrome anxio-dépressif récurrent en rapport avec un syndrome de stress post-traumatique suite à une agression avec abus sexuel à l'âge de 12 ans. Décompensation avec épisode anxio-dépressif modéré à majeur évoluant depuis environ 1 année avec perte pondérale d'environ 15 kg en 8 mois. Cette affection est bien apparue en premier, justifiant un arrêt de travail à 100 %.

Par ailleurs, il existe probablement une cirrhone primitive, préexistante, qui s'est décompensée depuis environ 3 mois à cause d'une co-morbidité psychiatrique de dépendance éthylique, actuellement au stade CHILD B (...)."

Le 6 février 2003, le Dr T.\_\_\_\_\_ a écrit au Dr M.\_\_\_\_\_, médecin conseil de L.\_\_\_\_\_, en ces termes :

"(...)

Voici la catamnèse de cette patiente depuis mon rapport du 2.09.2002.

En effet, l'évolution du point de vue hépatothologique est lentement favorable, actuellement au stade CHILD A, assèchement complet de l'ascite, hypertension portale de stade I actuellement au bénéfice d'un traitement d'Indéral, (...). , Régression quasi complète de troubles neuropsychologiques dans le cadre de l'encéphalopathie portale modérée. En revanche syndrome anxio-dépressif récurrent, persistance d'un épisode actuel moyen, suite à un trouble d'inadaptation réactionnel à une situation familiale difficile d'instance de divorce pour lequel le traitement psychopharmacologique en cours reste inefficace. J'ai déjà proposé à la patiente un recours à une prise en charge psychiatrique spécialisée ultérieurement. Suite à cette situation, il est à craindre l'apparition de troubles du comportement pouvant conduire à une nouvelle décompensation de la cirrhose. Pour l'heure, des mesures médicales ont été prises. Comme remarque, je dirais que le pronostic de reprise de travail est assez sombre chez cette patiente qui a déjà évoqué son intention d'entreprendre des démarches pour une demande de rente AI. D'autant plus que les chances de reclassement professionnel sont minces.

(...)"

Le 15 mars 2003, l'assurée a déposé une demande de rente AI. Le 2 juillet 2003, elle a précisé que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % dans une activité de "service à la clientèle". Il ressort du questionnaire à l'employeur que l'assurée a travaillé à son service du 1<sup>er</sup> janvier 1995 au 5 mai 2002. Elle a été indemnisée par l'assureur perte de gain (L.\_\_\_\_\_) de mai 2002 à mai 2004. Sans atteinte à sa santé, elle aurait perçu 31'500 fr. de salaire annuel.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2003 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"(...)

- A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :
- Cirrhose éthylique mixte en partie vraisemblablement primitive et surtout sur OH chronique, décompensée jusqu'au stade CHILD B en mai 2002, associée à une ascite en grande quantité
  - Gastropathie d'hypertension portale stade I
  - Etat anxio-dépressif, épisode actuel moyen
  - Suspicion d'un syndrome de stress post-traumatique
  - Polyneuropathie des membres inférieurs d'origine éthylique et syndrome de jambe sans repos
  - Encéphalopathie portale modérée passagère

- Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :
- Anémie carencielle mixte

- Hernie hiatale
- Diverticulose modérée du colon gauche
- Status après appendicectomie, cure de varices et stérilisation
- Status après cure de tunnel carpien bilatérale
- Insuffisance veineuse chronique

B. Incapacité de travail :

En tant que serveuse

100 % depuis 05.2002 à nos jours

C. Questions générales au médecin :

2. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales :

Oui, sous réserve d'un meilleur équilibre psychologique ainsi qu'une abstinence durable à l'alcool.

(...)

2.1. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, respectivement dans le domaine d'activité exercée jusqu'à présent :

Oui, certainement pas dans la restauration mais éventuellement dans des établissements à débit de boissons non alcoolisées. Ceci sous réserve que la patiente retrouve un équilibre psychologique et que le syndrome d'asthénie chronique associé régresse. Par ailleurs le pronostic semble quand même réservé à cause de l'âge de la patiente. Par conséquent, ces mesures de réinsertion professionnelle me semblent illusoire. Nous sommes en présence d'une patiente qui présente un équilibre psychologique très précaire et qui peut rompre à n'importe quel moment l'abstinence à l'alcool. Les risques de décompensation cirrhotique restent encore élevés. Il serait préférable de lui accorder une rente AI complète."

Dans un rapport médical daté du 11 août 2003 à l'adresse du médecin conseil de L. \_\_\_\_\_, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"(...)

Le status hépatique est toujours stable (...). L'état neuropsychologique est satisfaisant, en revanche aggravation d'une polyneuropathie mixte des membres inférieurs (...). L'abstinence alcoolique est relativement bonne sous Campral et vitaminothérapie. (...) un bilan neurologique est prévu le 27.08 chez le Dr Q. \_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, elle bénéficie depuis le mois de mai dernier, d'une prise en charge psychiatrique spécialisée par le Dr U. \_\_\_\_\_ à Lausanne pour une psychothérapie à long terme en raison d'une suspicion de syndrome de stress post traumatique, ayant été violée à l'âge de 12 ans. Elle décrit quelques flashes et surtout des cauchemars résiduels. Je vous rappelle l'existence d'un épisode dépressif actuellement moyen, réactionnel à une situation d'instance de divorce, de solitude et aussi à cause de problèmes

financiers, son avenir qu'elle voit sombre. Elle a aussi la charge de ses parents âgés dont sa mère atteinte de maladie d'Alzheimer. (...)"

Dans le rapport qu'il a adressé le 27 août 2003 au Dr T.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué conclure sans autre à une polyneuropathie à prédominance sensitive distalement au niveau des membres inférieurs dont l'origine toxique ne faisait guère de doute.

Un rapport médical que le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, a adressé à une date non déterminée en 2004 à l'OAI, indiquait comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée une cirrhose hépatique post-éthylique et un status après insuffisance hépatique avec ascite. Il mentionnait comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des polypes du caecum en 2002. L'ascite avait été ponctionnée en juin 2002 et la situation était stabilisée par l'arrêt de la consommation d'alcool et un traitement diurétique. Le Dr B.\_\_\_\_\_ indiquait que le suivi était assumé par le Dr T.\_\_\_\_\_; il ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport médical du 23 mars 2004 à l'attention du Dr U.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée, le Prof. X.\_\_\_\_\_, médecin-chef de la Division autonome de neuropsychologie du Centre V.\_\_\_\_\_ (ci-après : V.\_\_\_\_\_), indiquait que l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence des troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels ainsi qu'un ralentissement et des difficultés aux praxies constructives. Selon cette spécialiste, ce tableau était de nature à compromettre une réinsertion professionnelle.

Dans un rapport médical du 20 janvier 2005, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, indiquait qu'aucune activité n'était exigible en raison de la cirrhose décompensée. Une activité était éventuellement envisageable en atelier protégé ou/et occupationnel.

Dans un rapport médical du 31 janvier 2005 à l'attention du Dr K.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique du Département universitaire de psychiatrie de l'adulte (ci-après : DUPA) a retenu les diagnostics de :

- Dépendance à l'alcool, rémission précoce complète en environnement protégé.
- Trouble panique avec agoraphobie, en rémission partielle.
- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

Concernant la symptomatologie dépressive, l'évolution était alors favorable, après diminution du facteur de stress, c'est-à-dire amélioration des douleurs physiques, meilleure compréhension et acceptation de l'aide. Les troubles panique avec agoraphobie avaient spontanément régressé depuis que l'assurée était aux [...] et ne consommait plus d'alcool, ce qui laissait penser qu'ils étaient induits par l'alcool.

Le 23 août 2005, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'évaluation du 22 août 2005 avait permis de mettre en évidence un fléchissement exécutif et un ralentissement, ce qui représentait une amélioration par rapport à la précédente évaluation du 15 mars 2004. Il était probable que cette amélioration était à mettre sur le compte de l'abstinence de l'assurée. Une reprise professionnelle devrait toutefois être difficile au vu des difficultés de raisonnement rencontrées et d'organisation. De même, les problèmes de neuropathie devraient encore davantage limiter la capacité à reprendre le travail. Néanmoins, le Prof. X.\_\_\_\_\_ était d'avis qu'il était "tout à fait possible" que l'assurée puisse reprendre une activité à 50 % au moins, mais dans un cadre protégé dans un premier temps; elle relevait qu'il serait utile qu'elle puisse mettre à profit ses connaissances antérieures (par exemple dans la restauration).

Dans un rapport médical du 23 janvier 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin associé, et la psychologue S.\_\_\_\_\_, du Centre de traitement d'alcoologie du V.\_\_\_\_\_ indiquaient comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

"(...)

- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé F10.21

- Trouble dépressif récurrent F33.9
  - Syndrome "de jambes sans repos"
  - Selon évaluation neuropsychologique du 22.08.05 -  
V. \_\_\_\_\_ - division autonome de neuropsychologie :
    - Ralentissement psychomoteur
    - Troubles mnésiques persistants
    - Fléchissement exécutif
- (...)"

Le Dr J. \_\_\_\_\_ précisait qu'aucune activité ne pouvait plus être exigée de l'assurée. Il était d'avis que celle-ci ne pourrait pas réintégrer un circuit de travail économique, en expliquant que, vu le ralentissement psychomoteur et la fragilité psychologique qu'elle présentait, seule une activité de type social ou de bénévolat, était envisageable, à un taux maximum de 30 %, en évitant des journées complètes mais plutôt quelques heures par jour. Il relevait que l'assurée travaillait dans la restauration, et que son état de santé actuel ne lui permettait pas de reprendre ce type d'activité, dès lors qu'elle était incapable de passer des longues périodes debout, de maintenir un rythme d'activité soutenu, de faire face au stress engendré dans ce secteur d'activité. La répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici était donc totale.

Le 12 juin 2006, la Dresse I. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a procédé à l'examen psychiatrique de l'assurée. Utilisant le titre de "psychiatre FMH", elle a établi le 23 août 2006 un rapport d'évaluation, qui a été contresigné le 5 février 2007 par les Drs N. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et C. \_\_\_\_\_, médecin-chef ad interim du SMR. Ce rapport indiquait notamment ce qui suit :

"Anamnèse

Assurée âgée de 54 ans, en possession d'un CFC de vendeuse en bijouterie qui a travaillé depuis longtemps comme sommelière et qui présente un alcoolisme chronique avec une décompensation cirrhotique en 2002, une polyneuropathie et un trouble dépressif. Les rapports médicaux comportent des discordances entre les constatations objectives et l'évaluation de la capacité de travail et les avis psychiatriques sont contradictoires sur la présence ou non d'un trouble de la personnalité, raisons pour lesquelles (...) un examen psychiatrique au SMR a été organisé.

(...)

## Status psychiatrique

L'assurée est correctement habillée, paraissant plus âgée que son âge, collaborante et orientée aux trois modes. Elle ne présente pas de foetor alcoolique.

A l'examen, nous avons objectivé des troubles de la mémoire et un ralentissement psychomoteur, d'intensité et une fatigue d'intensité modérée. L'assurée ne présente pas de trouble de la concentration ou de l'attention.

La thymie est euthymique. L'assurée ne présente pas de perte de l'élan vital, d'anhédonie, de ruminations, de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide et ne verbalise pas d'idée suicidaire.

Les traits dépressifs présents lorsque l'assurée est confrontée à son bilan existentiel actuel, sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

Nous n'avons pas mis en évidence de symptôme en faveur d'un diagnostic de dépression majeure.

Sur le plan anxieux, l'assurée ne présente pas d'angoisses persistantes ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Elle ne présente pas non plus d'agoraphobie, de phobie sociale ou de claustrophobie.

Anamnestiquement, elle décrit des moments d'angoisses de temps en temps quand elle est confrontée à ses limites. A l'examen, elle ne présente pas d'angoisse.

Son discours est cohérent, pauvre, ralenti, elle partage le focus d'attention. Nous n'avons pas mis en évidence de symptôme de la lignée psychotique (...).

L'assurée est labile, instable, fragile psychologiquement et immature. Elle utilise des défenses hypomaniaques, le déni, la banalisation, le faux self, la fuite en avant et la régression pour lutter contre l'effondrement dépressif.

(...)

L'assurée n'est pas démonstrative et elle n'essaie pas d'amplifier verbalement ses plaintes somatiques. Nous n'avons pas mis en évidence de symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

A l'examen, l'assurée présente une structure de personnalité borderline. Structure ne veut pas dire trouble de la personnalité. L'assurée ne souffre d'aucun trouble de la personnalité morbide.

## Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail :
  - Déficit cognitif persistant dans le cadre d'un alcoolisme chronique (F 10.74)

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F 10.20)

Appréciation du cas

(...)

Sur la base de notre observation clinique, le trouble dépressif récurrent diagnostiqué par le Dr J.\_\_\_\_\_ est en rémission complète. A notre avis, il s'agit d'un épisode dépressif car selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et de l'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif. Or, dans le cas de notre assurée, dans le rapport médical du 31.01.2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ (...) retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Par conséquent, il s'agit d'un premier épisode dépressif.

L'alcoolisme chronique de longue date, est un alcoolisme primaire qui, selon les critères de l'AI, ne représente pas une maladie invalidante.

Par contre, nous avons objectivé un ralentissement psychomoteur, une fatigue psychique et des troubles mnésiques et nous avons retenu le diagnostic de déficit cognitif persistant, donc la conséquence d'un alcoolisme chronique. L'alcoolisme primaire ne justifie pas à lui seul une incapacité de travail. Il peut cependant avoir d'invalidité si, il est à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme dans le cas de notre assurée.

Nous sommes tout à fait d'accord avec les conclusions du Professeur X.\_\_\_\_\_ dans son examen neuropsychologique du 22.08.2005 que le fléchissement exécutif, le ralentissement psychomoteur modéré, la fragilité psychologique et la fatigue psychique, justifient une diminution de la capacité de travail de 50 %.

(...)

En conclusion, sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de déficit cognitif persistant dans le cadre d'un alcoolisme chronique qui explique les difficultés de l'assurée d'assumer une vie socioprofessionnelle normale. La capacité de travail exigible est de 50 % dans toute activité."

Le 11 décembre 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision d'acceptation de rente. Se fondant sur l'avis du SMR qui estimait qu'une capacité de travail de 50 % pouvait raisonnablement être exigée de l'assurée tant dans son activité habituelle de sommelière que dans toute activité de son choix, il a calculé que le degré d'invalidité de

l'assurée était de 50 %, de sorte que celle-ci avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2003 (échéance du délai d'attente d'un an).

Le 15 décembre 2006, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. L'avocate Odile Cavin, agissant au nom et pour le compte de l'assurée, a envoyé des déterminations détaillées à l'OAI le 25 janvier 2007. Elle a requis des compléments d'instruction sur la situation médicale, tant psychique que physique, de l'assurée.

Dans un avis médical du 18 octobre 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que les déterminations de Me Cavin ne comportaient aucun élément médical nouveau et qu'il considérait que l'atteinte psychique était documentée de manière complète et probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur cet aspect. Il a en particulier relevé que, la psychologue de l'assurée n'étant pas médecin, elle n'était pas habilitée à fixer une capacité de travail. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a toutefois admis que les atteintes somatiques devaient en revanche être évaluées par une expertise de médecine interne.

Le 31 octobre 2007, l'OAI a confié une expertise indépendante au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

Par courrier du 11 février 2008, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué à l'expert que l'assurée était suivie à sa consultation depuis le mois de mai 2007. La situation était stable. Il n'y avait pas eu de rechute d'addiction alcoolique. La patiente avait fait la démarche auprès d'un psychiatre pour être soutenue.

Le Dr D. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 26 février 2008. Il indiquait notamment ce qui suit :

"Anamnèse systématique

(...)

### Neuropsychologique

"J'ai le cerveau qui ne suit pas". Elle fait état de difficultés mnésiques concernant les faits anciens. Elle se plaint occasionnellement du manque de mots et parfois de difficulté de concentration.

### Psychiatrique

Elle fait état d'une certaine tristesse en rapport avec son état ainsi que des moments d'angoisse, parfois de difficultés d'endormissement. Il n'y a pas réellement d'anhédonie, rarement des ruminations. Depuis 6 mois, elle est au bénéfice d'un traitement de Cipralex 10 et depuis 2 mois de Xanax 1 mg. Elle a vu le Dr R. \_\_\_\_\_ ou plutôt une psychologue du cabinet du Dr R. \_\_\_\_\_ qui l'a vue à 3 ou 4 reprises en 2007, sans donner suite. Depuis janvier 2008, elle consulte à raison d'une fois par semaine le Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre à Lausanne.

(...)

#### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Déficit cognitif persistant dans le cadre d'un alcoolisme chronique (2002)
- Douleurs neuropathiques dans le cadre d'une polyneuropathie alcoolique (2003)

#### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Cirrhose éthylique CHILD A actuellement, connue dès 2002.
- Insuffisance veineuse des membres inférieurs.
- Diverticulose sigmoïdienne.
- Status après excision d'un mélanome à extension superficielle scapulaire droit (septembre 2005).
- Tabagisme chronique.
- Insuffisance artérielle stade I selon Fontaine.
- Status après excision d'un adénome tubulaire de bas degré de dysplasie du caecum (septembre 2002).
- Status après cure de tunnel carpien bilatéral.

#### 5. Appréciation du cas et pronostic

(...)

Quant aux troubles neuropsychologiques décrits comme importants en 2002 avec désorientation et troubles de la mémoire, ils ont évolué de manière satisfaisante, si l'on se réfère à l'état confusionnel qui a disparu. Une 1<sup>ère</sup> évaluation neuropsychologique effectuée le 15.03.2004 concluait à une perturbation cognitive dominée par des troubles exécutifs et mnésiques, associés à un ralentissement et des difficultés aux praxis constructives.

L'examen neuropsychologique décrit une amélioration du ralentissement et du fléchissement exécutif et une nette

amélioration des fonctions mnésiques. La majorité des fonctions cognitives est préservée. Il existe toutefois des troubles exécutifs et un ralentissement psychomoteur modéré.

Depuis 2002, il n'y a pas eu jusqu'à actuellement d'autre affection somatique, hormis la découverte, en septembre 2005, d'un mélanome à extension superficielle scapulaire droit à priori de bon pronostic et sans récurrence jusqu'à actuellement. (...)

#### Situation actuelle

Au total, si l'on se réfère à la situation de 2002, force est de constater que l'état de santé de cette assurée a évolué favorablement. La cirrhose éthylique reste compensée. (...)

L'handicap majeur, du point de vue somatique, n'est donc pas tant constitué de la cirrhose et de ses traitements (je pense là aux désagréments induits par les diurétiques), mais surtout à la polyneuropathie toxique et ses traitements. Actuellement, l'assurée présente toujours des douleurs neuropathiques intéressant les mains et les pieds à type de fourmillements, engourdissements, sensation de froid douloureux, rarement de décharges électriques. La perte de sensibilité au niveau des doigts ainsi que l'allodynie à l'effleurement peuvent être à l'origine de lâchages d'objets. Cliniquement, les déficits sensitifs périphériques sont objectivés par une hypoesthésie des doigts, une mauvaise discrimination au toucher-piquer, à la graphesthésie et à la température, surtout à droite chez cette gauchère.

(...)

Les limitations fonctionnelles résultant de ces 2 affections, soit la cirrhose éthylique et les douleurs neuropathiques sont les suivantes :

- La capacité de charge est limitée à des efforts légers (5 Kg au maximum).
- Difficulté dans les déplacements rapides ou de longue durée avec marche limitée à 1 heure, de même que les longues positions assises limitées à 1 heure.
- Difficulté dans la manipulation exigeant finesse et dextérité des mains de manière soutenue.

Globalement, du point de vue somatique, l'incapacité de travail de 50 % est justifiée et n'engendre pas d'incapacité de travail supplémentaire à celle précisée lors de l'examen psychiatrique du 12.06.2006, à savoir qu'une capacité de travail est exigible dans l'activité habituelle à 50 %, de même que dans une activité adaptée.

(...)

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

Depuis mai 2002.

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

Du point de vue somatique, je pense que l'incapacité de travail était initialement beaucoup plus importante qu'actuellement, compte tenu de la décompensation de la cirrhose en 2002 puis de la polyneuropathie moyennement sévère qui s'est progressivement améliorée. Ce n'est qu'à partir de 2005, que l'on retrouve dans le dossier des signes d'amélioration, tant du point de vue neuropsychologique que concernant la polyneuropathie, comme indiqué dans le rapport du 31.01.2005 du DUPA qui signale une amélioration des douleurs physiques. Dès lors, du point de vue somatique, il est suggéré l'incapacité de travail suivante :

100 % du 06.05.2002 au 31.12.2004  
50 % du 01.01.2005 à actuellement

(...)"

Par décision du 18 novembre 2008, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2003 et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2005.

Par courrier du 10 décembre 2008, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé physique et psychique de l'assurée s'était dégradé depuis le mois de septembre 2008; l'assurée avait alors fait une première réaction au refus d'aide des services sociaux et une nouvelle rechute extrêmement rapide d'alcoolisation aigue l'avait amenée à la faire réadmettre aux [...] de façon continue, dans un premier temps pour 6 mois.

**B.** Par acte du 15 décembre 2008, H.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 18 novembre précédent. Elle conteste être en mesure de travailler à 50 %, faisant en substance valoir que son état de santé s'est encore aggravé depuis l'expertise médicale de 2006.

Dans sa réponse du 7 avril 2009, l'OAI a indiqué que le rapport de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de remettre en cause sa décision car, s'il faisait état d'une rechute d'alcoolisation aigue en septembre 2008, il ne mentionnait aucun diagnostic, ni aucune limitation fonctionnelle. Il a relevé que tant la fragilité de la recourante que les

séquelles physiques avaient été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Il a conclu au rejet du recours.

Le 14 mai 2009, la recourante a produit le rapport d'évaluation de stage en atelier de la Fondation [...].

Par écriture du 15 juin 2009, l'OAI a indiqué que le rapport de stage produit par la recourante n'apportait pas d'élément médical nouveau et a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

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

**1. a)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** La recourante conteste la décision de l'OAI du 18 novembre 2008, dans la mesure où la rente entière d'invalidité est remplacée par une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2005. De ses explications, on

comprend qu'elle estime que l'évaluation de sa situation médicale n'est pas correcte, puisqu'elle soutient que son état de santé, en particulier psychique, ne lui permet pas d'assumer la capacité de travail résiduelle de 50 % que l'intimé lui prête à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le recours tend par conséquent implicitement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la rente complète d'invalidité qui lui a été allouée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2003 est maintenue au-delà du 31 mars 2005.

**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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**b)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à

50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

**4. a)** Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4

RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**b)** En l'espèce, pour retenir une capacité de travail résiduelle globale de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'OAI s'est fondé d'une part sur le rapport d'évaluation psychiatrique de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du 23 août 2006, et d'autre part sur le rapport d'expertise somatique de l'expert Dr D. \_\_\_\_\_ du 26 février 2008. Or, tant l'appréciation du médecin du SMR que celle de l'expert sont en contradiction avec celles de tous les médecins que la recourante a consultés depuis 2002, qui retiennent une incapacité de travail totale pour ses problèmes tant physiques que psychiques. Il convient donc de déterminer, au regard de l'ensemble des avis médicaux figurant au dossier, quelles conclusions il y a lieu de tirer sur le point litigieux.

Contrairement à ce que retient la Dresse I.\_\_\_\_\_, tant le Prof. X.\_\_\_\_\_, médecin-chef de la Division autonome de neuropsychologie du V.\_\_\_\_\_, que le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin associé du Centre de traitement d'alcoologie du V.\_\_\_\_\_, retiennent une incapacité totale de travail. Dans un rapport médical du 23 mars 2004, le Prof. X.\_\_\_\_\_ indique que l'évaluation neuropsychologique a mis en évidence des troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels ainsi qu'un ralentissement et des difficultés aux praxies constructives et que ce tableau est de nature à compromettre la réintégration professionnelle. La seconde évaluation, effectuée le 22 août 2005, représente une amélioration par rapport à l'évaluation précédente, en ce sens qu'elle a mis en évidence un fléchissement exécutif et un ralentissement. Le Prof. X.\_\_\_\_\_ met toutefois en avant les difficultés de raisonnement et d'organisation que présente la recourante et précise qu'il est certes possible que celle-ci puisse reprendre une activité à 50 %, mais dans un cadre protégé dans un premier temps. Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, qui, le 23 janvier 2006, retient comme diagnostics, outre le syndrome de dépendance à l'alcool et le syndrome de "jambes sans repos", un trouble dépressif récurrent (F33.9) et, en référence à l'évaluation neuropsychologique du 22 août 2005, un ralentissement psychomoteur, des troubles mnésiques persistants et un fléchissement exécutif, il est d'avis que le ralentissement psychomoteur et la fragilité psychologique de la recourante ne lui permettront pas de réintégrer un circuit de travail économique et que seule une activité de type social ou bénévolat est envisageable, à un taux maximum de 30 %, en évitant des journées complètes. Cette appréciation est partagée par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui, le 20 janvier 2005, indique qu'aucune activité n'est plus exigible en raison de la cirrhose décompensée mais qu'une activité de type occupationnel et/ou en atelier est envisageable. Le Dr W.\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du DUPA, à qui le Dr K.\_\_\_\_\_ a demandé de procéder à une évaluation psychiatrique de sa patiente, relève, dans son rapport du 31 janvier 2005, outre la dépendance à l'alcool, un trouble panique avec agoraphobie en rémission partielle et un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Ce spécialiste ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail de la recourante. Ainsi, la

Dresse I. \_\_\_\_\_ du SMR est seule à considérer que, malgré ses troubles psychiatriques, la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans toute activité. Pour parvenir à cette conclusion, elle nie l'existence d'un trouble dépressif récurrent, estimant que le trouble qu'a diagnostiqué le Dr J. \_\_\_\_\_ au mois de janvier précédent ne constituait qu'un épisode isolé. Elle retient un déficit cognitif persistant dans le cadre d'un alcoolisme chronique et procède à une estimation de la capacité résiduelle de travail de la recourante en appréciant de façon erronée le rapport neuropsychologique du Prof. X. \_\_\_\_\_. On rappelle en effet que celle-ci est d'avis que les difficultés de raisonnement et d'organisation que présente la recourante ne lui permettront pas de réintégrer le circuit économique, mais qu'une activité à 50 % dans un cadre protégé reste possible, alors que la Dresse I. \_\_\_\_\_ déclare pourtant partager les conclusions du Prof. X. \_\_\_\_\_ pour admettre une capacité résiduelle de travail de 50 %. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que les conclusions de la Dresse I. \_\_\_\_\_ sont dûment motivées et convaincantes. A cela s'ajoute le fait que le rapport du 23 août 2006 a été rendu par une praticienne qui s'est prévalué d'un titre auquel elle ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale - en violation également des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal - et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal. Indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse I. \_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. On rappelle à cet égard que dans son arrêt de principe du 31 août 2007 (I 65/07), confirmé à plusieurs reprises depuis lors (cf. notamment arrêts du 26 septembre 2007 [I 47/07 ad TAss VD], du 10 octobre 2007 [I 594/06 ad TAss GE] du 30 octobre 2007 [I 1055/06 ad TAss VD] et du 18 février 2008 [I 51/07 ad TAss VD]) le Tribunal fédéral a annulé un jugement cantonal du 17 octobre 2006 et la décision sur opposition de l'OAI confirmée par ledit jugement, au motif qu'à la date de l'examen par le SMR (soit, dans cette affaire, le 13 septembre 2004), la Dresse I. \_\_\_\_\_ n'était pas titulaire du titre de psychiatre FMH dont elle se prévalait alors, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le

droit cantonal, l'autorisation en question n'ayant finalement été accordée que le 24 novembre 2006. Dès lors, on ne peut accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 23 août 2006 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'évolution de l'état de santé de la recourante. Le fait que son rapport ait été cosigné une année après par son supérieur et un autre psychiatre n'y change rien, dès lors que le SMR n'a pas procédé à un nouvel examen psychiatrique ni à une nouvelle évaluation de la situation médicale de la recourante (TAss VD, AI 352/07, du 9 janvier 2008).

Le fait qu'on ne puisse pas, pour les motifs qui viennent d'être exposés, reconnaître une pleine valeur probante à l'évaluation psychiatrique de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du SMR ne signifie pas que l'on ne dispose pas des éléments médicaux probants pour statuer sur le droit de la recourante à une rente entière au-delà du 31 mars 2005. Ce serait oublier que tous les médecins qui ont suivi la recourante depuis 2002 s'accordent pour considérer que son état de santé ne lui permet plus d'exercer une quelconque activité professionnelle dans le circuit économique normal. Cette appréciation partagée par plusieurs spécialistes s'appuie sur des examens approfondis, mais aussi sur leurs observations pendant une période déterminée. Il résulte clairement de leur analyse que, depuis 2002, la recourante présente un ralentissement psychomoteur, des troubles mnésiques persistants, un fléchissement exécutif, une fragilité psychologique ainsi que des difficultés de raisonnement et d'organisation qui ne lui permettent plus d'exercer aucune activité professionnelle dans le circuit économique normal. Elle n'a plus, de l'avis de plusieurs spécialistes, qu'une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 30 à 50 % dans un cadre protégé, ce qui revient à admettre que son incapacité de travail est totale. Cette appréciation ne saurait être infirmée par le fait que, dans son rapport d'expertise, le Dr D. \_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 50 % seulement; d'une part, son examen ne portait que sur le plan somatique, d'autre part, il s'est fondé sur le rapport de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du SMR, dont on a vu qu'il ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante, pour considérer que les troubles neuropsychologiques

s'étaient améliorés au point qu'une capacité résiduelle de 50 % sur le plan neuropsychiatrique pouvait être reconnu à la recourante.

Une incapacité totale de travail dans toute activité entraînant un degré d'invalidité de 100 %, il y lieu de réformer la décision entreprise en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est maintenu au-delà du 31 mars 2005.

**5.** Le présent arrêt sera rendu sans frais, ni dépens, la recourante n'étant pas assistée d'un mandataire professionnel.

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 18 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité est maintenu au-delà du 31 mars 2005.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- H. \_\_\_\_\_, à Lausanne,
- 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 :