

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1er novembre 2011

---

Présidence de M. DIND  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Pierre Seidler,  
avocat à Delémont (JU),

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1958, employée de commerce de formation, était au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-chômage. A ce titre, elle était assurée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Le 25 janvier 2006, elle a été victime d'un accident de circulation: alors qu'elle se trouvait à l'arrêt, sa voiture a été percutée à l'arrière par un autre véhicule. Quelques heures plus tard, elle a ressenti des maux de tête et des nuchalgies, ainsi que des douleurs dorsales. Par la suite, elle a également éprouvé des douleurs costales à droite.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué une indemnité journalière pour une incapacité de travail de 100 %, puis de 50 %. Par décision du 8 décembre 2006, elle a mis fin à ces prestations avec effet dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, au motif que les atteintes à la santé dont souffrait encore l'assurée n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 25 janvier 2006, décision confirmée sur opposition le 30 janvier 2007.

C.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, qui a rejeté le recours par jugement du 31 octobre 2007 (cause n° AA 32/07 - 6/2008). Il a pour l'essentiel considéré que des éléments extérieurs à l'accident (notamment le contexte socio-professionnel) cumulés à l'état préexistant de la nuque permettaient d'affirmer, à tout le moins au degré de vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, et en accord avec le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qu'à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2007, soit près d'un an après l'accident, la relation de causalité naturelle entre celui-ci et les troubles encore présents avait cessé d'exister.

L'assurée a recouru contre ce jugement devant le Tribunal fédéral, qui a rejeté le recours par arrêt du 11 février 2009 (cause n° 8C\_262/2008).

**B.** Le 16 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 11 avril 2007 destiné à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de cervicalgies et céphalées post-traumatiques cervicales avec mécanisme d'accélération et de décélération, depuis le 25 janvier 2006. Il a retenu que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau de la nuque et des régions temporales, ajoutant qu'elle souffrait également de lombalgies basses depuis une fracture du sacrum en 2004. Il a en outre relevé un manque de concentration et réservé son pronostic, tout en estimant que l'état de santé était stationnaire. Il a considéré que la capacité de travail était de 50% dans toute profession.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé à l'OAI son rapport médical daté des 20/24 avril 2007. Il a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de cervicalgies post-traumatiques (C5-C6), de status après fracture du sacrum en 2004 et de céphalées. Il a noté que l'assurée se plaignait de douleurs dans la nuque et le dos. Il a estimé que la capacité de travail était de 40% dans l'activité précédente, sans diminution de rendement et jugeait que l'état de santé de l'assurée était stationnaire.

Le 28 avril 2007, la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de rhumatologie de l'Hôpital G.\_\_\_\_\_, a adressé un bref rapport médical à l'OAI dans lequel elle a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de status post-accident de circulation avec traumatisme cervical avec mécanisme d'accélération / décélération le 25 janvier 2006. Elle a estimé que l'état de santé s'améliorait, l'assurée présentant selon elle une

capacité de travail maximale de 50%, compte tenu de la fatigue et des douleurs (rapport du 19 mars 2007 joint en annexe adressé au Dr U.\_\_\_\_\_).

Le 6 décembre 2007, à la demande de l'OAI, la Clinique L.\_\_\_\_\_ a communiqué le compte-rendu d'hospitalisation du 21 mai au 10 juin 1998 de l'assurée, daté du 16 juin suivant. Les diagnostics suivants avaient été alors posés (selon la CIM-10): syndrome de dépendance à l'alcool (F 10.2), trouble de la personnalité à traits hystériques-narcissiques (F 60.9) et trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22). La capacité de travail n'était pas précisée.

L'OAI a demandé au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, d'effectuer un complément d'expertise neurologique de l'assurée afin de définir les limitations fonctionnelles durables et l'évolution depuis 2006. Le prénommé a examiné l'assurée le 4 septembre 2008 et a rendu son rapport le 17 septembre suivant. Il a diagnostiqué des rachialgies cervico-lombaires d'origine dégénérative avec probables facteurs de surcharge tensionnelle ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a pour l'essentiel retenu que, au plan physique, les altérations dégénératives disco-vertébrales présentées par l'intéressée limitaient vraisemblablement le port régulier de charges lourdes (15 kg ou plus) et pouvaient handicaper la patiente dans une position assise ou debout prolongée, raison pour laquelle il conviendrait qu'elle puisse régulièrement changer de position. Quant au plan psychique et mental, le Dr M.\_\_\_\_\_ estimait qu'il existait probablement un trouble anxio-tensionnel ainsi qu'un éthylysme chronique avec des conséquences somatiques (ascite et polyneuropathie). S'agissant de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'alors, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation majeure de l'activité professionnelle. Néanmoins, la nécessité de changer relativement fréquemment de position pouvait représenter une perte de rendement de 25% environ dans une activité exercée à plein temps, ceci depuis juin 2006 en admettant une période d'incapacité de travail plus importante faisant suite à l'événement accidentel du 25 janvier 2006. De l'avis de l'expert, cette incapacité était restée inchangée depuis lors.

Par décision du 17 février 2009, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, sa capacité de travail et de gain était de 100%. Dans une lettre datée du même jour adressée au conseil de l'assurée, l'OAI a pris position sur les objections soulevées à l'encontre de son projet de décision; il en ressortait notamment ce qui suit:

"Par projet de décision du 19.11.2008, nous avons dénié le droit à la rente d'invalidité de votre mandante au motif qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, la capacité de travail de Mme C. \_\_\_\_\_ est de 100% avec une baisse de rendement de 25% dans son activité habituelle d'employée de commerce ainsi que dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, telles que: pas de port régulier de charges de plus de 15 kg, pas de station assise ou debout prolongée, possibilité d'alterner les positions.

Dans votre courrier du 9 janvier 2008, vous contestez la capacité de travail. Vous référant d'une part au courrier du Dr U. \_\_\_\_\_ du 17.12.2009, vous alléguiez d'autre part que votre mandante est également en traitement chez le Dr S. \_\_\_\_\_. Vous demandez par conséquent que l'instruction médicale soit la plus complète possible. Vous nous remettez également le rapport du FMRI Zentrum de Zurich du 10.03.2008.

[...]

Faisant suite à votre courrier du 9 janvier dernier, nous avons soumis une nouvelle fois le dossier de votre mandante au Service médical régional AI.

A relever aux constatations du rapport d'expertise du 17.09.2008 du Dr M. \_\_\_\_\_ que l'assurée dispose des ressources nécessaires pour faire un choix quant à sa pratique alcoolique comme le prouve l'abstinence qu'elle avait spontanément annoncée au médecin expert lors de son expertise.

La maladie alcoolique est primaire et elle ne saurait justifier une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante.

La polyneuropathie qualifiée de discrète par le Dr M. \_\_\_\_\_ ne justifie pas d'après l'expert neurologue d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée.

Le courrier du Dr U. \_\_\_\_\_, du 17 décembre 2008, retient comme problème majeur une «Stéato-hépatite éthylique importante avec fibrose marquée». Dans ce courrier, il estime que ce problème justifie une incapacité de 50%. Les hépatites alcooliques sont dues à l'ingestion chronique/quotidienne de doses toxiques d'alcool et sont reconnues comme des complications aiguës d'une pratique alcoolique active. Elles disparaissent dans les trois à six semaines qui suivent l'arrêt de toute consommation d'alcool ce qui ne saurait

être le cas dans le tableau clinique décrit par le Dr U.\_\_\_\_\_. Comme nous l'avons écrit plus haut les complications aiguës d'une pratique alcoolique primaire ne justifient pas d'empêchements durables dans le cadre de la LAI. De plus la stéato-hépatite éthylique importante avec fibrose marquée est un stade précédant la cirrhose, diagnostic évoqué par le Dr M.\_\_\_\_\_ hors de son champ de compétence et reposant sur une analyse histologique de tissus hépatiques pratiqué par ponction-biopsie. Il n'y a donc pas d'aggravation de l'état de santé au niveau du foie depuis l'examen du Dr M.\_\_\_\_\_.

L'IRM fonctionnelle du rachis cervical du 10 mars 2008 ne montre aucun conflit radiculaire ni médullaire. L'image de la hernie discale C6/7 est appréciée comme inchangée depuis 2006 et 2007 par le radiologue spécialiste. Il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé depuis le rapport d'examen du Service médical régional AI de novembre 2008.

[...]

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 9 janvier 2009 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 19 novembre 2008 est fondé et doit être entièrement confirmé.

[...]"

**C.** Représentée par Me Pierre Seidler, avocat, C.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 25 mars 2009. Elle conclut sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale polydisciplinaire. Elle expose pour l'essentiel qu'au vu des importantes divergences d'opinion entre les appréciations des médecins traitants et les conclusions insuffisantes de l'expertise complémentaire du Dr M.\_\_\_\_\_ du 17 septembre 2008, il eût incombé à l'OAI d'expliquer pourquoi l'avis de l'expert devait en principe l'emporter sur les avis des médecins traitants, ce qu'il n'a pas fait. L'OAI n'a donc pas procédé à une appréciation complète, rigoureuse et objective des preuves, si bien qu'il se justifie selon la recourante de mettre en œuvre une expertise médicale permettant d'évaluer l'influence des atteintes à la santé sur sa capacité de travail, déterminante pour fixer son degré d'invalidité. La recourante a produit un onglet de pièces sous bordereau. Y figuraient notamment une lettre du 17 décembre 2008 du Dr U.\_\_\_\_\_ au conseil de la recourante et une lettre du 6 mars 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, au Dr U.\_\_\_\_\_.

Le 19 juin 2009, l'OAI a préavisé pour la mise en œuvre d'un examen de type COMAI psychiatrique et gastro-entérologique avec une discussion conjointe des experts.

**D.** Par ordonnance du 27 janvier 2010, le juge instructeur a chargé le Centre d'Expertise P.\_\_\_\_\_ de procéder à une expertise interdisciplinaire. L'examen clinique rhumatologique a été confié à la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. S'agissant des consultations spécialisées, l'évaluation psychiatrique a été effectuée par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tandis que le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, s'est chargé de l'évaluation gastro-entérologique. Dans leur rapport du 23 février 2011, ils ont posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail:

- Troubles statiques et troubles dégénératifs sévères (discopathie sévère C5-C6 avec hernie discale sous-ligamentaire para-médiane gauche, C6-C7, discret listhésis stable de C5 sur C6 avec composante fonctionnelle probable
  - status post distorsion cervicale simple de degré I-II selon la Quebec Task Force (sans évidence d'atteinte structurelle) (2006)
  - cervicalgies chroniques
- Très probable cirrhose hépatique d'origine éthylique compensée, sans autre complication
- Trouble dépressif moyen à léger avec syndrome somatique (F 32.11)

Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des lombalgies chroniques (2004), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance actuellement abstinent (F 10.20) et un syndrome somatoforme persistant (F 45.4). Les experts se sont exprimés en ces termes sous l'intitulé "Appréciation du cas et pronostic":

"Madame C. \_\_\_\_\_, âgée de 52 ans, divorcée mais vivant en concubinage, est la mère de deux garçons adultes, indépendants. Au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, elle a travaillé pendant 10 ans, jusqu'en 1986, auprès de la multinationale K. \_\_\_\_\_. L'assurée a ensuite arrêté de travailler pour élever ses enfants jusqu'en 2005, a connu une période de chômage lorsqu'elle a voulu reprendre une activité professionnelle suite à son divorce, pendant laquelle est survenu en date du 25.01.2006 un accident de circulation (whiplash). Madame C. \_\_\_\_\_ a repris une activité de secrétaire comptable dès septembre 2007 à raison de 25-30%. Une demande de prestations AI (rente déposée en mars 2007) a été refusée, décision contre laquelle Madame C. \_\_\_\_\_ a fait recours.

Sans antécédent médical notable sur le plan musculo-squelettique, hormis des lombalgies épisodiques chroniques depuis 2004 suite à une chute sur le coccyx, Madame C. \_\_\_\_\_ subit en janvier 2006 un accident de circulation par choc arrière. Depuis lors, Madame C. \_\_\_\_\_ se plaint de céphalées, de cervicalgies, de sensations vertigineuses, de paresthésies au niveau des doigts de la main gauche. Les investigations neurologiques et radiologiques ne mettent en évidence aucune lésion organique. Les divers traitements appliqués n'entraînent aucune amélioration durable sur la symptomatologie algique dont Madame C. \_\_\_\_\_ relève la persistance encore actuelle.

L'anamnèse des plaintes et le status clinique sont superposables à ceux relevés lors de l'expertise effectuée en septembre 2008. En particulier, nous relevons l'absence de contracture musculaire paracervicale et une mobilité cervicale quasi conservée. Nous retenons ainsi, à l'instar du Dr M. \_\_\_\_\_ (expertise de septembre 2008 [...]), en l'absence de tout élément en faveur d'une étiologie autre, des cervicalgies chroniques le diagnostic dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. Il nous apparaît que, moyennant l'observation de quelques limites fonctionnelles, telles une limitation du port de charges à maximum 5-10 kg, une limitation de la position statique assise prolongée tête penchée en avant, de mouvements contraignants pour le rachis cervical en flexion/rotation/extension, la capacité de travail de Madame C. \_\_\_\_\_ est conservée dans son ancienne activité de secrétaire ou dans toute autre activité, laquelle respecte les limitations citées ci-dessus. En raison des douleurs chroniques, de la nécessité de changer souvent la position, on peut admettre une diminution de la rendement de l'ordre de 10-15%.

Au plan hépatique, en avril 2008 a été posé le diagnostic d'hépatite éthylique sévère (score de Maddrey 33) et une stéato-hépatite a été confirmée par ponction-biopsie du foie (PBF). Madame C. \_\_\_\_\_ peut être considérée actuellement comme stable (cf. évaluation gastro-entérologique, bilan hépatique sérologique). Une diminution de rendement de l'ordre de 20% est cependant acceptable en regard de cette pathologie, laquelle peut entraîner une certaine fatigue et fatigabilité.

Au plan psychiatrique, Madame C. \_\_\_\_\_ a présenté depuis 2005, suite à son divorce, des troubles dépressifs et une consommation d'alcool accentuée. La consommation d'alcool a été arrêtée dès 2008.

Actuellement, Madame C. \_\_\_\_\_ remplit les critères diagnostiques selon le CIM-10 d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), qui cependant n'interfère pas réellement avec sa vie quotidienne. Un syndrome dépressif persiste, sous forme d'un trouble dépressif moyen à léger avec syndrome somatique (F32.11), insuffisamment traité, lequel interfère avec sa capacité de travail, entraînant ainsi une incapacité de travail de l'ordre de 30-40% dans son activité de secrétaire-comptable. Cette capacité de travail pourrait être améliorée par l'instauration d'un traitement adéquat (traitement psychiatrique et traitement psycho-pharmacologique).

En consensus, les médecins impliqués dans l'expertise médicale de Madame C. \_\_\_\_\_ répondront aux questions ci-dessous.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

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

**Au plan physique:** en raison des troubles musculo-squelettiques (cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et troubles dégénératifs sévères) les limitations fonctionnelles suivantes sont à retenir: pas de port itératif de charges > 5-10 kg, pas de position statique assise ou debout prolongée, particulièrement la tête penchée en avant ou en extension, > 20-30 minutes, pas de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical en flexion/extension/rotation de la nuque. Changements fréquents de position possibles. Il n'y a pas de limitation particulière à retenir en relation avec la maladie hépatique, hormis une certaine fatigabilité physique et psychique.

**Au plan psychique et mental:** diminution de l'énergie, tristesse, épuisement mental et sentiment d'invalidité.

**Au plan social:** pas de limitation.

### **B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

#### **B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?**

Les troubles psychiques et physiques présentés par l'assurée diminuent sa capacité de travail par un sentiment d'épuisement et de manque d'énergie, par une fatigue et une fatigabilité accrues.

#### **B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

L'assurée est apte à travailler dans l'ancienne profession de secrétaire-comptable.

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

L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible à raison de 4-5 heures/jour en raison des troubles psychiques. En ce qui concerne les troubles physiques (troubles musculo-squelettiques, troubles hépatiques) l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 8 heures/jour avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

**B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?** Dans le cadre d'une activité exercée à raison de 5-6 heures/jour, le rendement devrait être préservé.

**B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20%?**

Il existe une incapacité de travail d'au moins 20% depuis la fin 2005 / début 2006 en raison des troubles psychiques.

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

L'assurée a repris une activité professionnelle à raison de 25-30% depuis 2007. On peut admettre que, malgré les troubles musculo-squelettiques, troubles cervicaux en particulier, la capacité de travail est de 75-80% dans l'activité de secrétaire-comptable depuis l'expertise réalisée en septembre 2008, ceci en raison d'une perte de rendement de l'ordre de 20-25%. En ce qui concerne la maladie hépatique, elle n'est évaluable que depuis le début de l'année 2009, il existe une diminution de rendement de l'ordre de 20%. Cette dernière ne se cumule pas avec celle due à l'atteinte musculo-squelettique.

**B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?**

Oui, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Oui.

**Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants: la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes.**

Des mesures de réadaptation professionnelle ne semblent pas nécessaires cependant, dans la mesure où l'activité professionnelle exercée par l'assurée est adaptée à ses problèmes médicaux physiques et psychiques.

**Si non, pour quelles raisons?**

Sans objet.

**C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?**

Oui.

**C.2.1 Si oui, par quelles mesures? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

Par un suivi psychiatrique et un traitement psychopharmacologique spécifique. Par l'adaptation du poste de travail (hauteur de table, siège ergonomique, hauteur d'écran d'ordinateur).

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

Les mesures médicales citées ci-dessus devraient permettre de récupérer une capacité de travail à 100%.

**C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?**

Oui.

**C.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?**

Au point de vue psychiatrique, Madame C. \_\_\_\_\_ est capable d'effectuer toutes sortes d'activités professionnelles. Sur le plan physique, les limitations fonctionnelles citées sous le paragraphe B1 doivent être respectées.

**C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? (heures par jour)?**

Actuellement, en attendant l'effet bénéfique d'un traitement psychiatrique adapté (environ 6 mois), une activité adaptée ne peut être exigée au-delà de 4-5 heures/jour.

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

Dans le cadre d'une activité avec limitation d'heures de travail par jour, il n'y a pas d'argument pour une limitation de rendement. En revanche, dans une activité exercée à raison de 8 heures/jour, il est à compter avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%, particulièrement en relation avec les troubles hépatiques, lesquels entraînent fatigue, fatigabilité et asthénie.

**C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?**

Question sans objet, cf. ci-dessus."

**E.** Le 21 mars 2011, l'OAI s'est déterminé. Il a fait savoir qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 14 mars 2011, lequel constatait notamment l'existence de quatre évaluations différentes de la capacité de travail dans le rapport d'expertise interdisciplinaire. Celui-ci contenait en outre des contradictions internes et des incohérences. Ainsi, l'incapacité de travail de 30 à 40% retenue par l'expert psychiatre ne pouvait être validée dans la mesure où l'existence d'un syndrome dépressif léger à moyen avec syndrome somatique (F 32.11) constituait un symptôme d'accompagnement du syndrome douloureux somatoforme n'ayant pas valeur d'invalidité en lui-même. Par ailleurs, un sentiment d'invalidité ne saurait constituer une limitation fonctionnelle psychiatrique. L'OAI signalait enfin ne pas disposer des rapports d'évaluation psychiatrique de la Dresse

Q.\_\_\_\_\_ ni du rapport d'évaluation gastro-entérologique du Dr B.\_\_\_\_\_.

Les rapports des consultations spécialisées ont été produits.

Dans son rapport du 7 avril 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une très probable cirrhose d'origine éthylique. Il a considéré que la maladie hépatique provoquait une diminution de rendement professionnel, l'incapacité de travail étant estimée à 20%. Quant à la Dresse Q.\_\_\_\_\_, elle a retenu une capacité de travail de 50 à 60 % dans toute activité.

Ces rapports ont été soumis aux parties pour détermination.

Le 19 mai 2011, l'OAI a indiqué qu'il se ralliait à l'avis du SMR du 13 mai précédent, dont la teneur était la suivante:

"Le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ du 29.09.2010 entretient la confusion concernant la capacité de travail exigible puisque l'experte atteste en page 5 une diminution de capacité de travail de 30 à 40% alors qu'en page 6 et suivantes, elle mentionne une capacité de travail de 50 à 60%. En outre, les critères de gravité de trouble somatoforme douloureux ne sont pas analysés et on ne comprend pas pourquoi l'épisode dépressif léger à moyen serait facteur d'incapacité de travail et ne serait pas considéré comme facteur d'accompagnement du syndrome douloureux somatoforme.

Le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ du 07.04.2010 n'appelle aucun commentaire médical.

Ces deux documents ne contribuent en rien à lever les contradictions et les incohérences du rapport de synthèse.

Sur le plan médical, cette expertise ne permet pas de déterminer précisément la capacité de travail exigible".

Se déterminant le 8 septembre 2011, la recourante a confirmé les conclusions de son recours, le dossier de la cause devant être retourné à l'intimé afin qu'il calcule le degré d'invalidité et la rente due.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente.

**3. a)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** L'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1<sup>re</sup> phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui

qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc). Cela étant, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 c. 2.2).

**4.** Il est constant que la recourante présente des atteintes à la santé sur les plans somatique et psychique.

L'expertise interdisciplinaire du Centre d'Expertise P.\_\_\_\_\_ est la seule pièce médicale au dossier prenant en compte l'ensemble des pathologies dont souffre la recourante. Elle est cependant critiquée par l'OAI qui lui reproche de se contredire et de contenir des incohérences. Le

rapport de synthèse est dès lors impropre, selon l'intimé, à déterminer la capacité de travail de la recourante sur le plan médical. De son côté, la recourante considère que l'expertise ne remet pas en cause son droit à une rente d'invalidité.

Il importe dès lors de confronter l'ensemble des pièces médicales versées au dossier constitué pour déterminer la capacité de travail de la recourante, en distinguant à cet égard les aspects psychique et somatique, ce dernier devant être envisagé à un double point de vue: neurologique et gastro-entérologique.

**a)** Sur le plan psychique, hormis le compte-rendu d'hospitalisation de la recourante à la Clinique L.\_\_\_\_\_, qui ne comporte au demeurant ni diagnostic ni évaluation de la capacité de travail, le dossier ne contient que le rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Celle-ci a retenu une capacité de travail de 50 à 60% dans toute activité. Elle a posé plusieurs diagnostics, dont un trouble dépressif moyen à léger avec syndrome somatique (F 32.11), susceptible selon elle de diminuer la capacité de travail. Or, la recourante n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique spécifique, même si son médecin traitant a assuré un soutien et lui a prescrit des psychotropes. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a en outre identifié les limitations qualitatives et quantitatives suivantes en relation avec les troubles constatés: sentiment d'invalidité, épuisement mental, diminution de l'énergie, tristesse. Elle relève cependant que l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel. Ainsi, selon l'expert, un traitement psychiatrique et psychopharmacologique spécifique devrait permettre à la recourante de récupérer une pleine capacité de travail. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ réserve toutefois son pronostic dans la mesure où la recourante n'effectue aucune activité professionnelle supérieure à 50% depuis 24 ans, si bien que la création d'une identité de travailleuse à plein temps lui paraît compromise.

**b)** S'agissant des affections gastro-entérologiques et hépatologiques, il est constant que la recourante a présenté une consommation excessive d'alcool depuis 2005 à tout le moins ayant

conduit à une cirrhose d'origine éthylique. A la suite d'une abstinence complète consécutive à une hospitalisation en 2008, la fonction hépatique s'est améliorée, si bien que le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu que la cirrhose était actuellement compensée (lettre du 6 mars 2009 au Dr U.\_\_\_\_\_). Tel a aussi été le diagnostic posé par les experts du Centre d'Expertise P.\_\_\_\_\_. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré que les conséquences de la maladie hépatique provoquaient une diminution de rendement professionnel, en ce sens que la capacité de concentration de la recourante s'en trouvait réduite. Il en découlait selon lui une incapacité de travail de 20%. A son avis, si l'exécution du travail était empêchée dans une proportion plus importante, c'était en raison d'autres facteurs, de nature somatique ou psychiatrique, et non pas exclusivement à cause de la maladie hépatique. Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante.

**c)** En 2008, la recourante a fait l'objet d'un examen neurologique par le Dr M.\_\_\_\_\_. Celui-ci avait alors posé le diagnostic affectant la capacité de travail de rachialgies cervico-lombaires d'origine dégénérative avec probables facteurs de surcharge tensionnelle. A son avis, l'activité habituelle de la recourante d'employée de commerce / secrétaire était adaptée à son état de santé, sous réserve de la nécessité d'un changement relativement fréquent de position. Il en découlait une diminution de rendement qu'il estimait à 25%. Cela étant, hormis une prise en charge psychothérapeutique visant à l'aider à surmonter ses problèmes et à se réinsérer socio-professionnellement, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'envisageait aucune mesure de réadaptation professionnelle, l'activité exercée n'étant pas inadaptée au handicap présenté par la recourante. Il convenait toutefois d'éviter le port régulier de charges excédant 15 kilos et la position assise ou debout prolongée. De son côté, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a indiqué que, sur le plan musculo-squelettique, l'anamnèse des plaintes et le status clinique étaient superposables à ceux relevés par le Dr M.\_\_\_\_\_ en 2008. L'expert V.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de contracture para-cervicale, la mobilité cervicale étant quasi-conservée. A l'instar du Dr M.\_\_\_\_\_, elle a retenu des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis. Il en résultait une diminution

de rendement de l'ordre de 10 à 15%, dues aux douleurs chroniques et à la nécessité d'un changement fréquent de positions. En outre, quelques limitations fonctionnelles devaient être observées, telles une limitation du port de charges de 10 kilos au maximum, ainsi qu'une limitation de la position statique assise prolongée tête penchée en avant. Des mouvements contraignants pour le rachis cervical en flexion / rotation / extension étaient exclus.

**d)** Les experts du Centre d'Expertise P.\_\_\_\_\_ ont précisé avoir répondu aux questions posées de manière consensuelle (p. 11 du rapport de synthèse). Ils ont également indiqué en p. 1 que la "quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été décidée lors d'une conférence de consensus ayant réuni les médecins qui ont participé à l'élaboration de cette expertise". D'éventuelles divergences entre les spécialistes ne doivent donc pas être prises en considération. Ainsi, les experts ont considéré que, malgré les troubles musculo-squelettiques, troubles cervicaux en particulier, la capacité de travail était de 75 à 80% dans l'activité de secrétaire-comptable. S'agissant de la maladie hépatique, ils ont estimé que la diminution de rendement était de 20% et que celle-ci ne se cumulait pas avec l'atteinte musculo-squelettique. Enfin, l'incapacité de travail était d'au moins 20% depuis fin 2005 / début 2006 en raison des troubles psychiques. Certes, l'incapacité de travail de la recourante ne procède pas d'une évaluation globale des experts du Centre d'Expertise P.\_\_\_\_\_. Il ne convient toutefois pas d'additionner purement et simplement les taux d'incapacité de travail fixés par les experts, ce qui reviendrait à un cumul schématique qui ne correspondrait pas à une évaluation globale des ressources de la recourante (cf. TFA U 412/05 du 20 septembre 2006 c. 6). Cela étant, l'examen des taux d'incapacité, exprimés de manière consensuelle par les experts, conduit à retenir une incapacité de travail de 20% dans la profession habituelle de la recourante. Seul le Dr U.\_\_\_\_\_, dans sa correspondance du 17 décembre 2008 au conseil de la recourante, estime la capacité de travail à 50%. Outre le fait que le médecin traitant ne motive guère son appréciation, il ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par les experts. Il en va

du reste de même de l'appréciation de la Dresse X.\_\_\_\_\_ consignée dans un bref rapport annexé à celui destiné à l'OAI. Au reste, bien que la recourante travaille à 50%, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ n'exclut pas que, moyennant un traitement psychiatrique et psychopharmacologique spécifique, sa capacité de travail puisse être améliorée. Les conclusions des experts ne sauraient dès lors être remises en cause, de sorte qu'il convient de retenir qu'en l'état du dossier, l'incapacité de travail de la recourante n'excède pas 20%.

**e)** En fonction d'une incapacité de travail de 20% dans son activité habituelle, le taux d'invalidité se confond avec le degré d'incapacité fonctionnelle. Inférieur au seuil de 40%, le taux de 20% n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité dans le cas de la recourante.

En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**5.** Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Les frais de justice fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Pierre Seidler, avocat (pour C. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :