

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Bidiville et Monod, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

L. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Fabien Hohenauer, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 43 et 44 LPG; 4 al. 1 et 28 LAI; 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1978, a obtenu en 2000 un diplôme IATA d'agente de voyage et de tourisme puis a entrepris des études de sciences sociales auprès de l'Université de Lausanne, qu'elle a achevées avec l'obtention d'un master en sciences sociales en [...]. Elle a par la suite travaillé au [...] en qualité d'agente de voyage de septembre 2007 à mai 2008. Dès le mois d'août 2008, elle a fait état d'une incapacité de travail totale.

Le 16 mars 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes en vue de l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle, en précisant quant au genre de l'atteinte "pancréatites chroniques récidivantes dues à la mutation du gène de la mucoviscidose".

Sur demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr S._____, gastroentérologue qui a suivi l'assurée de juin à août 2008, a complété un rapport médical le 7 avril 2009. Il y a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de pancréatite chronique et d'état dépressif, les symptômes actuels consistant en des douleurs abdominales chroniques. Il estimait que le pronostic était moyen, en raison des douleurs intenses nécessitant une prise en charge par la consultation de la douleur. Selon lui, il n'y avait aucune restriction physique, mais la douleur pouvait engendrer des absences itératives, la reprise d'une activité professionnelle à 100% au plus vite pouvant être attendue de la part de l'assurée, une aide psychiatrique étant indiquée. Selon son rapport, l'assurée avait été hospitalisée aux Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) du 26 mai au 4 juin 2008, et il l'avait traitée en août 2008.

Dans son rapport médical du 20 avril 2009 à l'OAI, le Dr D._____, gastroentérologue traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de pancréatite chronique d'origine génétique

(variante IVS8 5T) associée, dans le passé, à une consommation excessive d'alcool, d'état dépressif et d'asthénie, en précisant avoir traité l'assurée en 2003, 2004 et 2009. Il indiquait en outre que cette dernière avait été hospitalisée à six reprises entre 2003 et 2008, à l'Hôpital de [...], à la Clinique de [...], au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), en Angleterre, et aux HUG, la dernière hospitalisation ayant eu lieu aux HUG du 23 mai au 6 juin 2008. Il relevait que sa patiente avait réduit sa consommation d'alcool à une bière occasionnellement et qu'elle fumait toujours un paquet de cigarettes par jour, en précisant qu'il lui avait vivement conseillé de cesser toute consommation d'alcool et de tabac et de s'alimenter correctement. Il était d'avis que la persistance des douleurs pourrait être expliquée par la prise erratique de son traitement, qu'il lui avait dès lors proposé de prendre régulièrement. Il observait qu'il était trop tôt pour se prononcer quant au pronostic définitif, en relevant qu'il avait été démontré qu'après 5 ans d'évolution, 85% des patients ne ressentaient plus de douleurs. Il a enfin relevé que l'assurée était au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% depuis septembre 2008, qu'elle bénéficiait de l'aide sociale, et qu'une activité professionnelle à 50% dans un contexte adapté lui paraissait réaliste. Pour lui, la patiente était avant tout limitée par les douleurs épigastriques et par l'asthénie, parfois par des vertiges. Il a en outre noté que les restrictions énumérées pouvaient être réduites par un traitement médicamenteux bien suivi et une alimentation équilibrée. Il a produit en annexe les documents médicaux à son dossier, à savoir:

- un rapport médical du 17 juillet 2003 de l'ensemble hospitalier de [...], selon lequel l'assurée y avait séjourné du 2 au 9 juillet 2003 en raison d'une pancréatite aiguë vraisemblablement liée à une consommation excessive d'alcool, les diagnostics secondaires d'éthylisme chronique et de troubles anxieux ayant été posés;

- un rapport médical du 10 août 2006 du Service d'immunologie et d'allergie du CHUV, diagnostiquant une pancréatite aiguë à répétition, des troubles de l'alimentation et un état dépressif;

- un résumé d'observation du 11 juin 2008 des HUG faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée du 27 mai au 4 juin 2008, selon lequel la symptomatologie avait évolué favorablement après mise en place d'un régime sans graisse;
- un rapport médical du 5 août 2008 du Dr S._____, dans lequel ce spécialiste relevait que la patiente présentait une pancréatite d'origine probablement génétique avec mutation de la variante IVS8 5T avec comme élément délétère additionnel un passé de consommation importante à modérée d'alcool. Il n'y avait pas de mesure thérapeutique particulière à proposer, si ce n'était une abstention de consommation alcoolique complète ainsi que l'abandon du tabac;
- un rapport médical du 30 octobre 2008 de la Dresse B._____, cheffe de clinique au Service de pharmacologie et toxicologie cliniques des HUG aux Drs X._____, médecin traitant, et S._____, qui diagnostiquait des douleurs abdominales chroniques dans un contexte de pancréatites aiguës à répétition — pancréatites d'origine probablement génétique, cette médecin ayant proposé l'optimisation du traitement médicamenteux pendant encore quelques mois avant d'opter pour une neurolyse du plexus caelique et ayant ajouté que la présence d'un trouble dépressif traité contribuait peut-être également à moduler le seuil de la douleur;
- un rapport médical de la Dresse B._____ du 2 mars 2009 qui diagnostiquait des douleurs abdominales chroniques dans un contexte de pancréatites aiguës à répétition/pancréatites d'origine probablement génétique; cette médecin relevait une prise médicamenteuse erratique et parfois compulsive, et notait qu'une réinsertion professionnelle devrait selon elle être envisagée très rapidement.

Le 27 avril 2009, le Dr X._____ a fait savoir à l'OAI que l'assurée était suivie par le Dr D._____. Il a joint à son envoi plusieurs documents parmi lesquels un rapport d'échographie abdominale supérieure du 3 mars 2009 de la Dresse A._____, qui concluait à la présence d'un fort probable kyste de la queue du pancréas visible sur 1,5 cm ainsi qu'un rapport complémentaire du 9 mars 2009 de cette médecin

constatant l'apparition de la formation kystique adjacente à la queue du pancréas depuis l'IRM effectuée le 25 juin 2008 aux HUG. Il a en outre joint son rapport d'ileo-coloscopie du 24 octobre 2008 selon lequel l'examen précité s'était révélé normal.

Dans un rapport médical du 14 mai 2009 à l'OAI, la Dresse E._____, médecin traitant, généraliste avec formation de médecine psychosomatique et psychosociale et de psychothérapie déléguée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de pancréatite chronique, en indiquant encore "F50.0" et "F33.2". Elle a indiqué que l'incapacité de travail de sa patiente était de 100% depuis mai 2008 et que l'activité exercée était encore exigible "à travers des activités proposées par la réinsertion professionnelle AI". Elle a encore précisé que la patiente pourrait essayer de retravailler dans une activité sans port de charges lourdes ni stress important sur le plan psychologique.

Invitée par l'OAI à préciser plusieurs points de son rapport médical du 14 mai 2009, la Dresse E._____ a indiqué le 2 juillet 2009 que les diagnostics exacts de sa patiente étaient ceux de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (F33.10), de troubles du comportement alimentaire (F50.8), actuellement abstinente à l'alcool (F10.21), de status post-pancréatite récidivante dans le contexte d'une mucoviscidose/status post-parotidite et de syndrome douloureux dans ce contexte. S'agissant de l'évolution sur le plan psychiatrique, elle a relevé une importante labilité émotionnelle, des plaintes psychosomatiques nombreuses, de la fatigue, un manque d'élan vital et par moments des idées noires accompagnées de compulsions alimentaires. Elle était d'avis que l'épisode dépressif était sévère, sans symptômes psychotiques, en précisant que la prise en charge consistait en un suivi médical régulier associé à une médication (Reméron, Zolpidem, Saroten) et qu'une psychothérapie avait été commencée. L'incapacité de travail était actuellement de 100%.

Le Dr K._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a interpellé une nouvelle fois la Dresse E._____ par courrier du 5 août 2009, en lui demandant diverses précisions, en particulier quant au point de savoir si le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel moyen, était

toujours d'actualité, quelle était la stratégie antidépressive de soins mise en place et son appréciation sur les limitations fonctionnelles psychiques de sa patiente et l'exigibilité dans une activité adaptée.

La Dresse E. _____ a répondu le 25 août 2009 que le diagnostic était toujours actif et variait entre épisode moyen et sévère. La patiente suivait actuellement le traitement de Reméron associé au traitement de Saroten et Zolpidem, son traitement tenant également compte de la présence d'un syndrome douloureux chronique lié à la pancréatite chronique. Le traitement antidépresseur était associé à un suivi par elle-même et des séances de psychothérapie par un psychologue. Elle était d'avis qu'une activité à 100% n'était pas envisageable mais qu'une mise à l'AI totale ne lui semblait pas non plus une mesure adéquate compte tenu de l'âge et du désir de la patiente d'avoir une activité professionnelle. S'agissant des limitations, elle relevait qu'il lui était difficile de se prononcer, dans la mesure où elle ne l'avait jamais vu travailler de manière soutenue. Elle observait pourtant que la question des limitations physiques ne se posait pas, dans la mesure où l'assurée n'allait pas postuler pour des postes où il y avait des travaux physiques et des manoeuvres. La Dresse E. _____ notait qu'elle pourrait faire un travail de type secrétariat ou accueil. Il n'y avait pas de limitation en position assise, à la marche, pour monter/descendre un escalier. L'assurée pouvait travailler devant un ordinateur, voyait bien et entendait bien. Pour la limitation psychique, il serait souhaitable selon la Dresse E. _____ que la réinsertion soit progressive, par exemple à 50% dans un premier temps, ce qui pourrait être modifié par la suite selon le résultat.

Par avis médical du 23 septembre 2009, le Dr K. _____ du SMR a relevé que dans la mesure où la Dresse E. _____ annonçait en juillet 2009 un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère et une incapacité de travail de 100%, mais restait discrète dans son courrier d'août 2009 sur les empêchements psychiques durables et l'évolution du trouble de l'humeur traité, les limitations fonctionnelles psychiques n'étant au demeurant pas décrites et l'exigibilité dans une activité adaptée pas appréciée, il convenait de procéder à un examen psychiatrique.

L'assurée a été convoquée par le Dr H. _____, psychiatre, qui s'est entretenu avec elle le 16 août 2010. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 24 août 2010, il n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics suivants:

- " - trouble hypocondriaque (F45.2).
- trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2).
- probable trouble de l'alimentation pendant l'adolescence (F50).
- autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique) (F60.8).
- probable dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25).
- status post-pancréatite récidivante dans le contexte d'une mucoviscidose.
- status post-parotidite."

Il a en outre relevé ce qui suit sous la rubrique "appréciation du cas et pronostic" de son rapport:

"Selon les dires de l'assurée, elle était très proche de sa mère alors que le père était plutôt près de ses fils. Elle aurait beaucoup souffert avec la maladie de sa mère, celle-ci étant décédée alors que l'assurée avait 11 ans. Selon ses dires, elle aurait réagi par un problème d'anorexie mais elle est restée assez floue et l'expert n'a pas trouvé, dans les documents mis à sa disposition, des données qui auraient pu l'éclairer sur l'adolescence vécue par l'assurée.

Elle a fait la scolarité obligatoire, puis une école de tourisme, puis des études universitaires avec un Master en sociologie. Nous pouvons donc dire que l'assurée est une personne intelligente qui dispose de ressources psychologiques.

Sur le plan professionnel, l'assurée a travaillé très peu à cause de ses douleurs localisées au niveau de son ventre. Rappelons que l'assurée a présenté en 2003 une pancréatite aiguë d'origine génétique aggravée probablement par sa consommation d'alcool.

Rappelons également que l'assurée n'est pas très assidue dans la prise des médicaments.

Il s'agit donc plutôt d'une problématique douloureuse et par la manière d'exprimer ses plaintes et de par l'évolution des douleurs nous pouvons parler d'un trouble hypocondriaque dont, selon la CIM-10, la caractéristique essentielle est la préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou plusieurs troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant l'apparence physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par la

personne comme étant anormaux ou pénibles. Il existe souvent des symptômes dépressifs et anxiété.

Ce trouble appartient au trouble somatoforme et s'associe d'un trouble mixte anxiodépressif plutôt léger. Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou de symptômes parlant en faveur d'un trouble dépressif récurrent.

Concernant les critères de gravité de Mayer-Blaser, nous constatons qu'il n'y a pas de véritable comorbidité psychiatrique, le trouble mixte anxiodépressif est léger et réactionnel aux douleurs éprouvées par l'assurée. Puisque les douleurs existent depuis 2003, on peut parler d'un trouble chronique. Elle a des ressources psychologiques; elle n'est pas isolée, elle a des contacts avec les gens. Concernant les médicaments, elle ne les prend pas.

Compte tenu de ce qui précède et après examen de votre dossier, nous pouvons dire qu'il s'agit surtout d'une problématique douloureuse avec une répercussion psychique sur la forme d'un trouble hypocondriaque et d'un trouble mixte anxiodépressif plutôt léger. Il n'y a donc pas de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé qui justifie l'incapacité de travail de l'assurée.

Le pronostic reste réservé étant donné l'existence d'un trouble somatoforme."

Dans son rapport du 29 septembre 2010, le Dr K. _____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé une pancréatite chronique (K86.0), l'incapacité de travail ayant été entière de septembre 2008 au 7 avril 2009, et de 0% depuis lors, la capacité de travail exigible étant entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 20 octobre 2010, l'OAI a préavisé en faveur du rejet des prestations AI. Il a retenu que les observations médicales mettaient en évidence une incapacité de travail totale depuis septembre 2008 jusqu'au 7 avril 2009, puis une capacité de travail entière, dans toute activité lucrative.

Le 2 novembre 2010, la Dresse E. _____ a demandé à l'OAI qu'il procède à une nouvelle évaluation de sa décision, en faisant valoir que l'assurée avait fait une décompensation psychotique grave nécessitant un traitement important et une hospitalisation.

Par courrier du 3 novembre 2010, l'assurée s'est à son tour adressée à l'OAI afin de lui faire savoir qu'elle s'opposait à son projet de décision et qu'elle était actuellement hospitalisée.

Le 5 novembre 2010, l'OAI a accordé un délai à l'assurée afin qu'elle lui fasse parvenir un certificat de son médecin traitant apportant un élément pertinent de nature à remettre en cause son appréciation.

La Dresse E. _____ a donné suite à la requête de l'OAI par courrier du 15 décembre 2010. Elle lui a fait savoir que l'assurée avait été hospitalisée du 27 octobre au 8 novembre 2010 à la Clinique de [...]. Elle ne nécessitait pas d'hospitalisation mais était en incapacité de travailler. La symptomatologie psychotique, bien qu'atténuée, persistait encore avec un retrait social et des idées de persécution. Elle était actuellement sous traitement d'Exeфор associé au Risperdal. Elle a joint à son envoi la lettre de sortie du 12 novembre 2010 de la Clinique de [...], selon laquelle l'assurée y avait été adressée à la suite d'une rechute de la consommation d'alcool. Le diagnostic principal retenu était celui de trouble schizoaffectif type dépressif (F25.1). Le traitement de Risperdal associé à la Venlafaxine avait permis une rapide reprise de l'humeur et une disparition partielle de la symptomatologie psychotique.

Par avis médical du 24 janvier 2011, le Dr K. _____ du SMR a relevé que les symptômes schizoéphréniques étaient secondaires à la consommation d'alcool (idées délirantes, pensées auto-référentielles). Après sevrage d'alcool et mise en place d'un traitement adéquat, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et au bout de 10 jours, elle avait été jugée apte à regagner son domicile. Il s'agissait donc pour le Dr K. _____ d'une aggravation temporaire de l'état de santé secondaire à la reprise de la pratique alcoolique. Il n'y avait donc pas de faits nouveaux susceptibles d'influencer durablement l'exigibilité telle que définie par l'instruction du SMR, qui s'était conclue par le rapport d'examen SMR du 29 septembre 2010.

Par décision du 24 mars 2011, l'OAI a confirmé son projet du 20 octobre 2010. Par lettre annexe du même jour, il a encore précisé que l'expertise du Dr H._____ était probante au sens de la jurisprudence et n'était pas mise en doute par l'avis de la Dresse E._____.

Par courrier à l'OAI du 11 avril 2011, la Dresse E._____ a indiqué que sa patiente était domiciliée à Lausanne et était désormais suivie par la consultation psychiatrique de [...]. Elle relevait que l'expert avait vu l'assurée dans un état qui ne correspondait pas à son état actuel et qu'une nouvelle expertise lui semblait dans tous les cas indiquée.

Le 20 avril 2011, l'OAI lui a fait savoir qu'il n'y avait pas de faits nouveaux susceptibles d'influencer durablement l'exigibilité de la capacité de travail ni d'élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise médicale et qu'il avait rendu une décision le 24 mars 2011 contre laquelle il était loisible à l'assurée de recourir.

B. Par acte du 13 mai 2011, L._____, par son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 24 mars 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'office intimé pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise médicale à confier à un expert extérieur au SMR. En substance, elle fait valoir que l'intimé n'a pas pris en compte les avis du Dr D._____ et de la Dresse E._____, qu'il ne saurait se fonder uniquement sur l'avis du Dr S._____, qui a été rendu sans qu'il ne la rencontre et est antérieur à l'avis du Dr D._____, lequel a pour sa part été établi en présence de la recourante qu'il a rencontrée le 15 avril 2009. Pour elle, l'OAI a occulté ses problèmes physiques en ne tenant compte que de l'avis du Dr S._____. Elle requiert dès lors la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 mai 2011.

Dans sa réponse du 7 juillet 2011, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 5 octobre 2011, la recourante, par son conseil, confirme les conclusions prises au pied de son recours. Elle requiert en outre l'audition de la Dresse E._____, en faisant valoir que cette dernière la suit encore régulièrement et pourra donner à la Cour des précisions importantes, notamment en lien avec sa situation psychiatrique actuelle et future.

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 à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte — ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) — sont sujettes à recours auprès du 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, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales 2011 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI sous forme de rente, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail. Elle fait valoir que l'expertise du Dr H. _____ ne saurait être préférée à l'appréciation de la Dresse E. _____, et que c'est à tort qu'il a écarté l'avis du Dr D. _____ au profit de celui du Dr S. _____. Pour elle, l'intimé a occulté les problèmes physiques dont elle souffre. L'intimé relève quant à lui que l'atteinte présentée sur le plan physique ainsi que son influence sur la capacité de travail sont clairement identifiées et que ce que dit le médecin traitant (Dr D. _____) n'est pas en contradiction avec l'appréciation du spécialiste (Dr S. _____).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

4. a) En ce qui concerne l'état de santé physique de la recourante, tous les médecins s'accordent sur le diagnostic de pancréatite chronique (ainsi le Dr S. _____ dans son rapport médical du 7 avril 2009, le Dr D. _____ dans son rapport médical du 20 avril 2009, et la Dresse B. _____ dans ses rapports médicaux des 2 mars 2009 et 30 octobre 2008). Ce diagnostic a du reste également été retenu par le Dr K. _____ du SMR dans son rapport du 29 septembre 2010.

Il n'est pas non plus contesté que plusieurs épisodes de pancréatite ont conduit la recourante à séjourner en milieu hospitalier. Elle a ainsi été hospitalisée à ce titre pour la dernière fois du 27 mai au 4 juin 2008 auprès des HUG, dans le service du Prof. S. _____. Ce praticien a revu la recourante en consultation en août 2008. Sur la base de ses observations, il a indiqué dans son rapport médical du 7 avril 2009 qu'il ne voyait pas de restriction physique à la reprise d'une activité à 100% de la part de l'assurée. Le Prof. S. _____ a pourtant relevé que la douleur

pourrait engendrer des absences itératives, sans pour autant évaluer la baisse de rendement susceptible d'en découler. Pour sa part, le Dr D._____ a indiqué que si une reprise d'activité lui paraissait également envisageable, un taux d'activité de 50% semblait réaliste.

Il résulte de ce qui précède que les avis médicaux au dossier relatifs à la problématique somatique d'ordre gastroentérologique ne sont pas concordants: d'un côté le Dr D._____, qui a revu à plusieurs reprises la recourante, en 2003, 2004 et 2009, arrête sa capacité de travail à 50%, alors que le Prof. S._____, qui ne l'a suivie que durant trois mois en 2008, l'estime à 100%, laissant pourtant entendre que ses douleurs sont susceptibles d'influencer son taux d'activité. Il apparaît dès lors que sur le plan somatique, les avis au dossier ne sont pas suffisants pour permettre à la Cour de statuer en connaissance de cause, cette question n'ayant fait l'objet d'aucun éclaircissement.

b) Au plan psychiatrique, les Drs S._____ et D._____, qui ne sont certes pas spécialistes en psychiatrie, ont pourtant diagnostiqué chez la recourante un état dépressif. Cet état dépressif a été également posé par rapport médical du 10 août 2006 du Service d'immunologie du CHUV. Pour sa part, la Dresse E._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuel épisode sévère (F33.10), de troubles du comportement alimentaire (F50.8), actuellement abstinente à l'alcool (F10.21) et de syndrome douloureux dans le contexte de status post-pancréatite récidivante (rapport médical du 2 juillet 2009). Sur interpellation du SMR, elle a indiqué que l'épisode dépressif était actif et variait entre moyen et sévère. Quant aux limitations psychiques, elle a noté le 25 août 2009 qu'il serait souhaitable que la réinsertion soit progressive, par exemple à 50% dans un premier temps, en précisant que cela pourrait être modifié par la suite. Compte tenu de l'absence de description des limitations fonctionnelles psychiques et de l'exigibilité dans une activité adaptée, une expertise a alors été confiée au Dr H._____. Ce spécialiste n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ceux de trouble hypocondriaque (F45.2), trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2), probable trouble de

l'alimentation pendant l'adolescence (F50), autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique) (F60.8) et de probable dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), étant sans répercussion sur la capacité de travail. Il a dès lors estimé qu'il n'y avait pas de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité décompensé justifiant l'incapacité de travail de la recourante. S'il a certes fait état d'un trouble somatoforme, il a bien indiqué que la recourante ne présentait pas de véritable comorbidité psychiatrique, le trouble mixte anxiodépressif étant léger et réactionnel aux douleurs. En outre, la recourante avait des ressources psychologiques, n'était pas isolée et avait des contacts avec les gens. Il notait cependant que le pronostic était réservé étant donné l'existence d'un trouble somatoforme douloureux.

L'expertise du Dr H. _____ n'a dès lors pas mis en évidence d'affection psychiatrique invalidante en soi, mais l'expert s'exprime très peu sur la relation des troubles psychiques présentés par la recourante avec la consommation d'alcool.

Au demeurant, l'appréciation du Dr H. _____ est contredite par celle de la Dresse E. _____, qui retenait une capacité de travail de 50% dans son rapport médical du 25 août 2009, en ne motivant pourtant que peu l'incapacité de travail. Il convient en outre d'observer que la Dresse E. _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et suit la recourante depuis 2006, la relation thérapeutique et le rapport la liant à sa patiente justifiant que ses rapports médicaux soient appréciés avec réserve. Il n'en reste pas moins que la recourante a été hospitalisée à la Clinique de [...] du 27 octobre au 8 novembre 2010. Certes, comme le relève le Dr K. _____, il est apparu qu'après sevrage d'alcool et mise en place d'un traitement adéquat, son état de santé s'est amélioré et lui a permis de rentrer à son domicile. Cet épisode peut donc apparaître comme une aggravation temporaire de son état de santé, secondaire à la reprise de la pratique alcoolique. Il convient dès lors de retenir une pleine capacité de travail au plan psychiatrique, sans qu'il n'y ait lieu de mettre en oeuvre la mesure d'instruction complémentaire sollicitée par la recourante, savoir l'audition de la Dresse E. _____, sous réserve cependant des résultats

de l'expertise somatique (gastroentérologique), qui pourrait justifier, en cas de reconnaissance d'une dépendance éventuelle à l'alcool, un complément d'expertise psychiatrique (cf. consid. 5 let. b infra).

5. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de

savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus, l'instruction menée par l'intimé sur le plan somatique (gastroentérologique) est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise somatique (gastroentérologique) (art. 44 LPGA), laquelle devra notamment porter sur les affections dont est atteinte la recourante, leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail de celle-ci. S'il devait apparaître qu'une éventuelle dépendance à l'alcool devait influencer les affections d'ordre somatique, l'expertise somatique devra être complétée par un volet psychiatrique portant sur cette question.

6. Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

a) 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'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

b) Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens, arrêtés à 2'300 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Hohenauer.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 24 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Fabien Hohenauer (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :