

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 février 2010

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges     :        MM. Pittet et Zbinden, assesseurs  
Greffier        :        M. Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Les Diablerets, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1962, de nationalité autrichienne, travaillait en qualité de serveuse de mai 1996 à septembre 2003 au café-restaurant L.\_\_\_\_\_ aux Diablerets. A partir de l'été 2004, elle a présenté une incapacité de travail en raison de troubles psychiques.

Le 16 mars 2005, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, se prévalant de dépression depuis 2002.

L'OAI s'est adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, médecine générale au Diablerets et médecin de famille de l'assurée. Dans un rapport du 14 avril 2005, ce praticien a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, de troubles du comportement alimentaire et d'alcoolisme chronique; il a retenu une incapacité de travail de 50 % dès l'été 2004. Dans un rapport du 13 octobre 2005, il a retenu que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et que l'exercice d'une autre activité n'était pas exigible.

A la demande de l'OAI, dans une déclaration du 24 octobre 2005, l'assurée a déclaré qu'elle envisageait de travailler en qualité de serveuse à environ 50 % si elle était en bonne santé.

Dans un rapport du 20 décembre 2005 requis par l'OAI, les Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement médecin responsable et médecin assistant à l'Unité de traitement des dépendances de Montreux, ont posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation continue de la substance (F10.25). Diagnostic existant depuis de nombreuses années (début exact inconnu).
- Probable trouble de la personnalité de type mixte (traits immatures et dépendants) (F61.0) depuis la fin de l'adolescence.

- Troubles du comportement alimentaire de type anorexique (F50.0) existant depuis une date indéterminée.

Ces médecins ont retenu une incapacité de travail de 100 % depuis 2003 dans l'activité de sommelière et ont indiqué que la capacité de travail pouvait probablement être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées. Ils ont également indiqué que l'assurée avait besoin d'une aide au ménage fournie par le CMS depuis l'été 2004 au moins, avant de relever que l'intéressée avait fait l'objet d'un traitement du 21 septembre 2004 au 26 septembre 2005. Les Drs H. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont par ailleurs relevé ce qui suit:

### “3. Anamnèse:

Patiente qui consomme de l'alcool depuis plusieurs années, à raison d'environ deux bouteilles de vin blanc par jour ainsi que de la vodka et de la bière, sans distinction du jour ou de la nuit. Elle calme des ruminations nocturnes notamment puisqu'elle se réveille plusieurs fois par nuit et boit du vin blanc. Il semble que cette consommation ait augmenté suite à l'arrêt de son travail en 2003. Durant cette même période, les conflits avec son ex-ami, lui-même consommant de l'alcool, s'étaient exacerbés, menant au départ de celui-ci le 1er avril 2004. Depuis l'été 2004, la patiente bénéficie d'une prise en charge ambulatoire par le CMS, à savoir une aide au ménage ainsi qu'un suivi hebdomadaire par une infirmière en psychiatrie.

### 4. Plaintes subjectives:

Ruminations, nocturnes notamment puisqu'elle se réveille plusieurs fois par nuit, boit alors du vin et se rendort. Elle dit être angoissée et débordée par moments.

### 5. Constatations objectives:

Patiente cachectique (pèse 40 kg pour 1,69 m. = BMI à 14), faisant plus que son âge, habillée d'une façon relativement neutre excepté les chaussures qui sont violettes. La patiente est calme et parle lentement, bouge peu. Elle est orientée dans les trois modes. La patiente entre très vite dans la relation. Elle se montre plutôt souriante, avec une certaine discordance et parfois de manière inadéquate, en particulier lorsqu'elle parle de son corps. Il n'y a pas d'éléments psychotiques florides au niveau du cours ni du contenu de la pensée. Elle semble très immature.

[....]

### 7. Thérapie / Pronostic

Cette patiente montre clairement aux divers intervenants qui la suivent depuis plus d'une année les limites d'un suivi purement ambulatoire et la question d'un traitement institutionnel ou semi-institutionnel (de type centre de jour) a été abordée ces derniers mois sans que la patiente puisse véritablement entrer dans une dynamique de soins correspondante pour l'instant. Mme P. \_\_\_\_\_ est actuellement suivie psychiatriquement par le Dr M. \_\_\_\_\_ au centre du Grand-Chêne à Aigle. On pourrait débiter une prise en charge en centre thérapeutique de jour à Clarens, pour autant qu'elle en accepte les modalités; elle y a déjà fait d'ailleurs deux journées d'essai dans le courant de l'été 2005, mais n'a pas encore donné suite.

Pronostic:

Compte tenu de la situation actuelle de mise en échec du traitement ambulatoire et du fait qu'un traitement semi-institutionnel ou institutionnel n'a pas encore débuté, on ne peut que rester prudent et réservé sur le pronostic à court et moyen terme; par contre, à long terme, pour autant que la patiente puisse véritablement entrer dans une dynamique de traitement adéquat concernant son problème de dépendance à l'alcool et ses troubles de conduite alimentaire, le tout probablement lié à son trouble de personnalité, on peut raisonnablement espérer une amélioration de son fonctionnement, sans qu'il soit actuellement possible d'en déterminer l'importance. Rappelons néanmoins qu'elle a été capable de travailler durant de nombreuses années comme sommelière jusqu'en 2003."

Dans un rapport du 13 mars 2006, également requis par l'OAI, les Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais à Aigle, ont posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Trouble Anxiété généralisée F41.1
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec syndrome de dépendance F10.2
- Trouble de la personnalité schizoïde F60.1
- Autres troubles de l'alimentation F50.8
- Perte d'appétit psychogène

Ces médecins ont estimé que ces diagnostics, posés depuis 2005, étaient présents depuis des années et que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle depuis environ une année et demie. Ils ont retenu que l'état de santé de l'intéressée s'était aggravé, qu'elle n'avait pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie et qu'elle était en traitement depuis le 15

septembre 2005 pour une durée indéterminée. Les Drs F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont ensuite retenu ce qui suit:

### "3. Anamnèse:

Originaire d'Autriche, Mme P.\_\_\_\_\_ est née à Genève. Elle est la cadette d'une fratrie de deux, son frère, SDF, a été assassiné en 1995 sans avoir plus d'informations. Elle décrit une relation avec ses parents, distante: ils étaient très renfermés n'acceptant pas bien les visites de ses amies. Mme P.\_\_\_\_\_ a hérité de leur fortune lorsqu'ils sont décédés de cause naturelle, son père en 1996 et sa mère en 2002.

Elle décrit une enfance sans particularité, si ce n'est qu'elle était une personne renfermée et avait des difficultés à rencontrer en contact avec les autres. Elle a quitté le foyer parental à l'âge de 17 ans et a effectué un apprentissage d'aide en médecine dentaire qu'elle a bien réussi mais avec les changements de domicile et de cantons, le titre n'était plus valable. Elle est domiciliée sur le canton de Vaud et a effectué de multiples travaux, surtout dans la restauration en tant que serveuse. Pendant toute cette période elle a gardé un contact distant avec sa famille. Elle décrit un isolement social assez important avec peu d'entourage.

Finalement, Mme P.\_\_\_\_\_ s'est installée aux Diablerets où elle est devenue propriétaire d'un immeuble qu'elle loue, ce qui lui a permis d'avoir un revenu suffisant.

Son état psychique se dégrade, selon ses dires, depuis 2003, après le décès de sa mère avec apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive et une augmentation considérable de la consommation d'alcool. Parallèlement, en cette période, elle se sépare de son unique ami, et elle sera hospitalisée à l'hôpital du Chablais pour des problèmes d'anorexie et d'alcoolisme. Cette hospitalisation permettra d'entamer un suivi par le Centre Médicosocial d'Aigle, puis par la suite d'un suivi psychiatrique dans notre service.

### 4. Plaintes subjectives:

Mrne P.\_\_\_\_\_ nous fait part d'un état d'anxiété important qui persiste la journée avec par moment des sentiments de « parano », où elle sent qu'elle pourrait être en danger à tout moment. Par moment, elle prend distance par rapport à ce sentiment, mais très souvent se sent dépassée et s'adonne à des consommations d'alcools forts importantes à but anxiolytique et sédatif. Autrement, elle décrit un état de fatigue général important, d'avoir peur de tomber et se faire du mal.

Elle explique avoir de la peine à se nourrir correctement et d'avoir une perte de l'appétit importante qu'elle a de la peine à expliquer. Parallèlement, elle décrit un état d'apathie et d'anhédonie depuis des années.

### 5. Constatations objectives:

Mme P.\_\_\_\_\_ est très maigre et présente un ralentissement global modéré. Dans les premières rencontres, elle présente un foetor alcoolique qui a disparu aux deux derniers entretiens. Dans le

contact, elle se montre collaborante, mais a tendance à minimiser ses problèmes.

Nous constatons un état d'anxiété pendant l'entretien, en montrant une mimique tendue et un certain tremblement de la voix avec des hésitations dans son discours. Celui-ci est cohérent et structuré sans présenter d'idées délirantes florides, cependant, elle nous explique sentir un danger imminent qui lui génère un état d'anxiété sévère et qui s'adonne à de fortes consommations d'alcools forts à visée anxiolytique.

Nous n'objectivons pas de symptomatologie dépressive manifeste, et Mme P. \_\_\_\_\_ nie avoir des idées noires ou suicidaires. Nous constatons un émoussement affectif avec une difficulté dans le contact.

Nous n'objectivons pas de symptôme floride de la lignée psychotique.

[...]

#### 7. Thérapie / Pronostic:

Actuellement Mme P. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi psychiatrique avec des entretiens réguliers et un traitement médicamenteux (Zyprexa 7.5 mg/jour et du Seresta en réserve). Mme P. \_\_\_\_\_ vient d'effectuer un sevrage à l'alcool à l'hôpital du Chablais du 24 décembre 2005 au 4 janvier 2006, qui a été bien toléré mais pas avec une abstinence totale. Parallèlement, Mme P. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un suivi par une infirmière psychiatrique du Centre Médico Social d'Aigle, et nous envisageons un traitement de milieu au Centre de Jour à Clarens, afin de travailler sur une réinsertion sociale.

Concernant le pronostic, nous ne pouvons pas nous prononcer avec certitude actuellement, mais il est réservé. Nous constatons une amélioration de la symptomatologie anxieuse avec une baisse de sensation de danger imminente mais concernant la dépendance à l'alcool Mme P. \_\_\_\_\_ demeure fragile. Parallèlement, le retrait social est marqué et présente une apathie et anhédonie importantes ce qui rend difficile tout lien avec l'extérieur pouvant amener à des liens sociaux ou professionnels.

Nous estimons que Mme P. \_\_\_\_\_ aurait besoin d'un traitement au centre de Jour pour faciliter cette intégration sociale, avec une aide pour obtenir un reclassement professionnel ou une réinsertion professionnelle.

A remarquer que l'état physique de Mme P. \_\_\_\_\_ demeure fragile, présentant une maigreur importante avec un poids nettement inférieur à la moyenne pour sa taille qui s'accompagne d'un état de fatigue handicapant".

Dans une annexe au rapport médical du 13 mars 2006, les Drs F. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ont noté ce qui suit:

"Nous estimons qu'il est actuellement prématuré d'exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité compte tenu de la fragilité de son état psychique comme précisé aux constatations subjectives et

objectives. Elle vient d'effectuer un sevrage à l'alcool et a encore une faible capacité à gérer le stress. Cependant, nous envisageons un projet de traitement qui vise à terme à une réinsertion socio-professionnelle."

Après une enquête économique sur le ménage, dans un rapport daté du 19 avril 2006, une invalidité totale de 84.2 % jusqu'en janvier 2006 et de 35.4 % depuis janvier 2006 a été retenue dans l'activité de ménagère, exercée à 50 %.

L'assurée a par la suite été soumise à un examen psychiatrique par le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 8 novembre 2007, le Dr V. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR, a posé le diagnostic de dysthymie à début tardif (F34.1) et retenu une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée de 50 % depuis septembre 2006. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

#### "Anamnèse professionnelle

L'assurée déclare avoir suivi l'école obligatoire en Suisse jusqu'à l'âge de 15 ans puis un apprentissage d'aide en médecine dentaire couronné d'un CFC à 18 ans. Elle travaille dans la restauration à partir de 20 ans et de 1982 à 2003, elle sera serveuse dans différents établissements aux Diablerets. Dès 2003, elle déclare ne pas arriver à travailler en raison d'un syndrome dépressif essentiellement manifesté par une anorexie qui fait tomber son poids à 38 kg pour 169 cm. En fait, elle s'arrêtera de travailler sans être au bénéfice d'une incapacité de travail médicale. Actuellement, elle précise une amélioration progressive depuis le printemps 2006 et envisage de reprendre un travail dans les prochains mois au taux maximum de 50%.

#### Anamnèse psychosociale et psychiatrique

L'assurée déclare une enfance tranquille dans une famille unie, réservée, sans grandes relations sociales. L'adolescence est plutôt rebelle avec un groupe d'amis, des activités. Elle a construit sa vie affective à partir de 1984 avec un homme plus âgé de 31 ans, actuellement âgé de 76 ans, anciennement électricien; depuis deux ans la relation est distendue. Pour l'assurée l'histoire de sa maladie psychiatrique démarre en 2003 au décours du décès de sa mère en fin d'année 2002.

Elle dit avoir travaillé jusqu'en septembre 2003 sans se rendre compte véritablement de son état psychique qui se dégrade progressivement aboutissant à une hospitalisation en juillet 2004 à l'Hôpital de Monthey, cette hospitalisation est motivée par un état

dépressif et une anorexie importante (38 kg pour 169 cm). Au décours de cette hospitalisation, elle bénéficiera de l'aide d'une aide-ménagère et des soins d'une infirmière psychiatrique. Son état ne s'améliore que progressivement et se dégrade à nouveau à l'automne 2005, avec hospitalisation à Noël 2005, toujours à l'Hôpital de Monthey. Dès sa sortie en janvier 2006, elle ira consulter le Dr M. \_\_\_\_\_ au Grand-Chêne à Aigle qui la suit jusqu'à l'automne 2006 pour des entretiens psychothérapeutiques et la prescription de Zyprexa 5mg. Depuis la fin du printemps 2006, elle dit connaître une amélioration de son état psychique.

#### Status psychiatrique

La présentation, le contact et la collaboration de l'assurée sont bons. La cognition est dans la norme. L'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire ni ralentissement psychomoteur ni agitation. Le discours est cohérent. On ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou de contenu de la pensée. L'assurée partage le focus d'attention.

En ce qui concerne les troubles des séries dépressifs, l'assurée déclare aller beaucoup mieux depuis le printemps 2006, se sentir beaucoup plus tranquille bien que souffrant encore d'une baisse fréquente de l'humeur. Elle a repris du poids, pèse actuellement 55 kg pour 169 cm. L'examen retrouve une thymie bonne, une absence de fatigabilité, la présence de ruminations existentielles sans idée de mort ni de tentation de suicide, une absence de repli sur soi. Elle dit s'être sentie coupable du décès de son frère et de ses parents. Si elle a confiance dans ce qu'elle entreprend, elle n'a pas d'estime d'elle-même très précise. On ne retrouve pas de trouble de la concentration ou d'attention. Le sommeil est conservé, l'appétit revient, la libido est suspendue.

En ce qui concerne les troubles des séries anxieuses, l'assurée décrit des angoisses itératives qui passent lors d'activités. L'examen ne retrouve pas de signe d'anxiété généralisée, de trouble panique, d'agoraphobie ou de claustrophobie, de phobie sociale, de lignée obsessionnelle, Si l'examen ne retrouve pas de signe floride de la série psychotique ou de critères CIM-10 de personnalité, des traits de personnalité dépendante avec difficulté de poser ses choix et soumission à la volonté des autres sont retrouvés; elle décrit tout particulièrement la relation avec son compagnon de 31 ans plus âgé comme une relation de dépendance. Ces traits de personnalité ne constituent pour autant pas un trouble de personnalité.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, l'assurée déclare avoir présenté, en 2003, des signes de maladie de Bechterev pour lesquels elle serait allée consulter à Lavey-les-Bains, mais il lui semble que cette symptomatologie était plutôt à intégrer dans un tableau dépressif réactionnel qu'elle niait à l'époque.

Pour ce qui concerne les troubles des conduites, l'assurée déclare une consommation de tabac de l'ordre de 2 à 3 paquets par jour et a connu une imprégnation alcoolique au décours du décès de ses parents en 2002 à raison d'une bouteille de vodka par jour et ce jusqu'à l'hospitalisation de Noël 2005 pendant laquelle elle a pu être

sevrée, elle est abstinente depuis. Elle connaît parallèlement une période d'anorexie de 2002 à 2006 avec poids variable mais pouvant aller jusqu'à 38 kg pour 169 cm, enfin elle précise une consommation nulle de drogues illicites.

Parmi les activités qu'elle a maintenues, essentiellement de la gymnastique et des promenades en montagne, elle déclare de nombreux amis qu'elle voit régulièrement.

#### Vie quotidienne

L'assurée déclare vivre dans un appartement de 4 pièces. Au bénéfice d'un héritage familial dont elle dit qu'il s'épuise petit à petit. Elle se lève vers 08h00, prend sa douche, essaie de déjeuner, fume, fait les tâches ménagères puis prend un repas rapide vers midi. L'après-midi, elle fait une sieste, puis des commissions et une promenade. Retour à la maison vers 16h30, se repose puis prépare le repas qui est pris vers 20h00. Ensuite elle regarde la télévision et se couche vers 22h00. Est au bénéfice d'un permis de conduire et conduit son automobile, elle part en vacances à raison d'une fois par an. Son projet est de reprendre le travail dès cet hiver à raison de 50%.

#### Appréciation du cas

Assurée de 45 ans, célibataire, au bénéfice d'un CFC d'assistante dentaire ayant travaillé comme serveuse dans différents établissements de 1984 à 2003. Dès septembre 2003, elle connaît une période dépressive essentiellement illustrée par un tableau de fatigabilité avec anorexie, tristesse réactionnelle au décès de ses parents et particulièrement de sa mère en novembre 2002. L'état dépressif va s'aggravant jusqu'à une hospitalisation en juillet 2004 puis une seconde hospitalisation en décembre 2005, puis s'améliore à partir du printemps 2006.

L'examen clinique SMR retrouve un tableau clinique avec abaissement chronique de l'humeur, ruminations, perte d'estime d'elle-même sans tristesse ni anhédonie ni tentation de suicide. L'intensité de ce tableau ne permet pas de justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode léger. L'ancienneté du trouble, l'intensité actuelle modérée du tableau clinique évoquent le diagnostic de dysthymie. Cette dysthymie apparaît comme cicatricielle d'un épisode dépressif réactionnel grave ayant nécessité deux hospitalisations en milieu psychiatrique. L'alcoolisme qui a lieu de 2002 à 2005 doit être compris comme s'intégrant à un tableau dépressif réactionnel et n'a pas le caractère d'alcoolisme primaire. L'aspect invalidant de ce tableau est lié d'une part à l'importance de l'épisode dépressif réactionnel de 2003 à 2006, mais aussi à l'épuisement des ressources existentielles chez une assurée présentant des traits de personnalité dépendants.

En dehors de ce tableau de dysthymie, l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe ni de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous pouvons donc considérer que l'assurée présente une maladie psychiatrique responsable d'une

atteinte à la capacité de travail de longue durée, l'amélioration est sensible et progressive depuis le printemps 2006. L'assurée envisage de reprendre un travail à 50% avec amélioration progressive".

Dans un rapport d'examen du 27 novembre 2007, se référant à l'examen psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu le diagnostic de dysthymie à début tardif et une incapacité de travail de 100 % de juillet 2004 à août 2006, puis de 50 % depuis septembre 2006.

Le 10 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente. Compte tenu de l'application de la méthode mixte, l'OAI a retenu que dès le 1er juillet 2005, soit à l'échéance du délai de carence, l'assurée avait droit à une rente entière, diminuée à trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006 en raison d'une diminution des empêchements dans l'activité de ménagère dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, puis supprimée au 30 novembre 2006 en raison d'une capacité de travail complète dans l'activité de serveuse dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006.

Dans un courrier du 1er juillet 2008, l'assurée a contesté ce projet, se prévalant d'une capacité de travail actuelle nulle et faisant valoir notamment qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle depuis sa première hospitalisation en 2004 et qu'elle était régulièrement suivie médicalement sur le plan psychique.

Le 14 novembre 2008, l'OAI a rendu une décision allouant à l'assurée une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005, réduite de trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2006, dite rente étant supprimée au 30 novembre 2006. En substance, l'OAI a repris les arguments figurant dans son projet d'acceptation de rente du 10 juin 2008 et a déterminé le degré d'invalidité par une comparaison des revenus, en retenant selon la méthode mixte que l'assurée exerçait son activité lucrative à 50 %.

**B.** Par acte du 28 novembre 2008, P.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances, concluant au maintien du droit à un trois quarts de rente après le 30 novembre 2006.

Elle conteste avoir présenté une amélioration de son état de santé au point de recouvrer une capacité de travail totale et se réfère notamment à un traitement auprès d'une psychologue.

Les Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, psychologue assistante au centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais à Aigle, ont établi un rapport le 28 janvier 2009 adressé à l'OAI dans lequel ils ont fait part de ce qui suit:

"Nous avons bien pris connaissance de l'examen psychiatrique effectué par le Dr V.\_\_\_\_\_ (Service Médical Régional AI) le 8 novembre 2007, qui conclut à un degré de capacité de travail accru depuis le printemps 2006 en lien avec une amélioration de son état psychique selon lui. Le Dr V.\_\_\_\_\_ retient un diagnostic de «dysthymie à début tardif (F34.1)» et mentionne les déclarations de la patiente concernant une amélioration de son état.

Au vu de notre observation de la patiente depuis l'été 2008, nous devons nous écarter des conclusions quant à une augmentation de la capacité de travail de Mme P.\_\_\_\_\_. En effet, si nous pouvons également constater une amélioration des éléments anxio-dépressifs, nous observons cependant qu'elle reste démunie pour faire face à son quotidien, pour sortir de chez elle, pour affronter tout lien social et décrit un quotidien marqué par très peu d'activités, qui restent de plus faiblement contraignantes. La patiente reste la plupart du temps chez elle, assise durant de longues heures à fumer et regarder la télévision et malgré les encouragements et reproches de son compagnon pour être plus active. Elle ne parvient pas à réaliser d'autres activités que de se rendre au GRAAP (Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique) une fois par semaine tout en craignant la survenue d'une crise d'angoisse et à effectuer celles qui sont nécessaires à l'aménagement de son quotidien tel que le ménage, certaines courses, les repas - ce qu'elle réaliserait très bien d'après son infirmière, mais notons que ces activités s'inscrivent dans un cadre spécifique (à son domicile). La patiente continue à se plaindre de difficultés à exprimer ses émotions et à les ressentir (on constate d'ailleurs un émoussement des affects) et préfère rester seule ou accompagnée par des personnes qu'elle connaît très bien. En conséquence de l'ensemble de ces éléments, nous confirmons le diagnostic retenu dans le rapport que nous vous avons adressé le 13 mars 2006 à savoir un trouble de la personnalité schizoïde (F60.1).

Afin de corroborer ces éléments, soulignons qu'une infirmière à domicile continue à suivre la patiente régulièrement et que cette dernière bénéficie d'un traitement neuroleptique et anxiolytique prescrit par le Dr J.\_\_\_\_\_, son médecin traitant (Zyprexa 5 mg 1 cpr le soir et Seresta en réserve) - prière de se référer à lui pour davantage d'éléments sur ce plan.

Si nous rejoignons les observations du Dr V.\_\_\_\_\_ concernant l'amélioration des éléments anxieux et une reprise de poids partielle (la patiente dit ne pas ressentir la faim et reste maigre), et que, de plus, nous pouvions envisager une réinsertion sociale (conclusions du rapport du 13 mars 2006), nous constatons actuellement que Madame P.\_\_\_\_\_ reste démunie pour faire face à un milieu professionnel ordinaire comportant des exigences de rendement, de confrontation sociale, etc. Soulignons que la patiente dit souhaiter une reprise de son activité professionnelle de serveuse de façon régulière, se sentant notamment très inquiète pour son avenir économique, mais nous devons constater qu'elle se montre passablement suggestible et peine à s'auto-évaluer de façon réaliste, précisément en raison de son trouble de la personnalité.

En conséquence de ces éléments, nous pensons que la capacité de travail de Madame P.\_\_\_\_\_ reste nulle pour les prochains mois et pensons qu'il est irréaliste d'exiger qu'elle puisse retrouver une activité professionnelle même à temps partiel pour l'instant, ceci en raison de son trouble de la personnalité et des limitations fonctionnelles qu'il implique. Nous restons réservés quant au pronostic".

Le rapport du 28 janvier 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ a été soumis à l'appréciation du SMR. Dans un avis médical du 4 mars 2009, les Drs V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, médecin chef adjoint du SMR Suisse romande, ont retenu ce qui suit:

"Ce rapport n'apporte pas d'élément d'aggravation concernant le tableau symptomatique retenu dans le rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ en date du 13.03.06 ni par rapport à l'examen clinique SMR qui n'a pas retrouvé les éléments sémiologiques d'un tableau de trouble de personnalité schizoïde mais plutôt les éléments de traits de personnalité dépendante sans pour autant constituer un trouble de personnalité dépendante.

Nous rappellerons qu'un trouble de personnalité correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue déviant de la norme et donnant lieu à une souffrance significative et qu'un trouble de personnalité grave ayant valeur invalidante suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2<sup>ème</sup> dizaine d'années de vie ce qui n'est pas le cas de notre assurée.

Nous devons donc considérer le rapport médical du 28.01.09 produit lors du recours sur opposition, n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier notre position".

Dans sa réponse du 9 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Se référant à l'avis médical du SMR du 4 mars 2009, il fait valoir que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments médicaux

nouveaux susceptibles de modifier sa position et se réfère notamment à la décision attaquée.

**C.** Dans sa réplique du 8 juin 2009, la recourante soutient que le trois quarts de rente ne pouvait être supprimé dès lors qu'une amélioration de son état de santé n'est pas démontrée et qu'elle est hospitalisé à l'Hôpital de Nant depuis le 14 avril 2009. Elle produit un certificat médical de l'Hôpital de Nant du 22 avril 2009 mentionnant une hospitalisation dès cette date et pour une durée indéterminée.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'OAI confirme ses conclusions et soutient que l'assurée a présenté une amélioration de son état de santé depuis le printemps 2006, constatée par l'expert du SMR lors de son examen du 8 novembre 2007 et confirmée par le rapport d'enquête à domicile du 20 avril 2006.

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

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

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile le 28 novembre 2008 contre la décision du 14 novembre 2008. Pour le surplus déposé selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier

2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**c)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 aLAI (disposition applicable jusqu'au 31.12.2002), respectivement de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

**3.** Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, notamment la question de savoir si celle-ci doit être réduite ou supprimée par le biais d'une révision en raison d'une éventuelle amélioration de son état de santé.

**a)** Les médecins sont d'accord pour estimer l'incapacité de travail de la recourante dans toute activité professionnelle à 100 % dès juillet 2004. Tel est en particulier le cas du SMR qui, sur la base des indications du Dr J.\_\_\_\_ (rapport du 14.04.2005), retient une incapacité de travail de 100 % à partir de juillet 2004 (rapport du 27.11.2005 du Dr T.\_\_\_\_).

Dans son rapport du 8 novembre 2007, suite à un examen psychiatrique de l'assurée, le Dr V.\_\_\_\_ diagnostique une dysthymie à début tardif, celle-ci apparaissant comme cicatricielle d'un épisode dépressif réactionnel grave ayant nécessité deux hospitalisations en milieu psychiatrique. Il relève que l'alcoolisme qui a eu lieu de 2002 à 2005 doit être compris comme s'intégrant à un tableau dépressif réactionnel et n'ayant pas le caractère d'alcoolisme primaire. Ce psychiatre est d'avis que l'aspect invalidant de ce tableau est lié d'une part à l'importance de l'épisode dépressif réactionnel de 2003 à 2006, mais aussi à l'épuisement des ressources existentielles chez une assurée présentant des traits de personnalité dépendants. En l'absence de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété

généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide ou de syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr V.\_\_\_\_\_ considère que la recourante présente une maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée, l'amélioration étant sensible et progressive depuis le printemps 2006 et l'assurée envisageant de reprendre un travail à 50 % avec amélioration progressive. Il retient donc une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis septembre 2006.

**b)** Pour leur part, dans leur rapport du 28 janvier 2009, les Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ retiennent le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde, lequel avait, comme ces médecins le relèvent, déjà été posé dans le rapport du 13 mars 2006 des Drs F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Si, dans leur rapport du 28 janvier 2009, qu'ils ont rendu après avoir pris connaissance du rapport du 8 novembre 2007 du Dr V.\_\_\_\_\_, les médecins du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais peuvent également constater une amélioration des éléments anxio-dépressifs, ils observent cependant que la recourante reste démunie pour faire face à un milieu professionnel ordinaire comportant des exigences de rendement, de confrontation sociale, etc. Bien que la recourante dit souhaiter une reprise de son activité professionnelle de serveuse de façon régulière, se sentant notamment très inquiète pour son avenir économique, ces médecins constatent que celle-ci se montre passablement suggestible et peine à s'auto-évaluer de façon réaliste, précisément en raison de son trouble de la personnalité. En conséquence, les Drs F.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ estiment que la capacité de travail de l'assurée reste nulle pour les prochains mois et qu'il est irréaliste d'exiger que celle-ci puisse retrouver une activité professionnelle même à temps partiel pour l'instant, ceci en raison de son trouble de la personnalité et des limitations fonctionnelles qu'il implique.

Les Drs V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ contestent le diagnostic de trouble de la personnalité schizoïde (avis médical du 04.03.2009). Ils sont d'avis que les éléments sémiologiques d'un tableau de ce trouble ne sont pas présents et que la recourante ne présente pas d'antécédents

psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2<sup>ème</sup> dizaine d'années de sa vie. En conséquences, ces médecins s'écartent de l'avis de leurs confrères du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, estimant qu'il n'y a pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier leur position.

Au vu des diagnostics contradictoires retenus par les médecins du SMR d'une part et par les spécialistes du centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais d'autre part, sans que les conclusions de l'un de leurs rapports respectifs n'apparaissent plus convaincantes, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur l'existence ou non du trouble de la personnalité schizoïde et partant sur une amélioration ou non de la capacité de travail de la recourante. Quant aux arguments présentés par l'intimé, ils ne sont pas de nature à modifier ce qui précède, en particulier ils ne permettent pas de lever l'incertitude qui règne en l'espèce au sujet d'une éventuelle amélioration de l'état de santé de la recourante. Il y a lieu dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il ordonne l'établissement d'une expertise psychiatrique, l'expert devant notamment se prononcer sur les troubles dont est atteinte la recourante sur le plan psychiatrique, leur évolution et le cas échéant leurs conséquences sur la capacité de travail de celle-ci.

**c)** Partant, le recours est admis et la décision attaquée annulée, la cause devant être renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**4. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, la recourante obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés

de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD). Dans le cas présent, il y a lieu d'arrêter à 1'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis
  
- II.** La décision du 14 novembre 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour P.\_\_\_\_\_)
- 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 :