

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6 ss et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 49 al. 2 et 87 al.
2-3 RAI**

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], célibataire, sans enfant, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce et d'une licence en relations internationales obtenue aux USA, travaille comme assistante de projets dans le cadre de missions temporaires pour différents employeurs lorsqu'elle dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité (reclassement) le 6 novembre 2003 pour une fatigabilité avec baisse des performances intellectuelles. L'assurée se plaint depuis d'un traumatisme périnatal (elle aurait été laissée tomber par terre après l'accouchement), d'un trouble de la sensibilité de l'hémicorps droit et d'une hypoacousie droite.

L'assurée a été vue en consultation en neurologie aux Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) en 1982. Le scanner montre alors une héli-atrophie crânio-cérébrale gauche modérée avec hypodensité pariétale et une probable embarrure temporo-pariétale gauche. Les tests neuropsychologiques n'objectivent pas de baisse des performances (QI [quotient intellectuel] évalué à 106), mais une dissociation en faveur de l'hémisphère gauche dans les épreuves fines. L'assurée a consulté à nouveau aux HUG en 1997 pour une baisse d'efficience. Le 26 août 1997, le Dr S. _____, neurologue FMH, retient les diagnostics de syndrome héli-corporel droit brachio-facio-crural associé à un syndrome pariétal gauche. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale est pratiquée qui montre des séquelles d'un ramollissement pariétal antérieur et postérieur gauche avec atrophie hémisphérique gauche et hypertrophie hémisphérique droite. Les tests neuropsychologiques sont superposables à ceux de 1990. Les troubles mnésiques et de concentration de l'expertisée sont attribués à une surcharge professionnelle.

Dans le cadre de sa demande de prestations, l'assurée est vue en consultation par le Dr O. _____, FMH en neurologie, qui conclut à un syndrome héli-corporel droit compatible avec l'ancien ramollissement constaté sur l'IRM. Les tests neuropsychologiques de mars 2003 notent

une fatigabilité avec la présence d'erreurs et d'omissions dans les épreuves attentionnelles effectuées en fin de séance corroborant les plaintes de l'assurée. Le Dr T._____, médecin traitant, mentionne dans son rapport à l'assurance-invalidité du 24 novembre 2003, la nécessité d'un aménagement du temps de travail pour permettre des temps de pauses. La capacité de travail est estimée à 60% (cf. également rapport du Dr O._____ du 29 août 2003).

Dans un rapport du 25 février 2005, le Dr C._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité préconise la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique auprès de la Professeure F._____. Le médecin du SMR retient ce qui suit:

“Demande de mesures professionnelles du 06.11.2003.

Assurée de 44 ans, suisse, célibataire, sans enfant, CFC d'employée de commerce et formation universitaire en communication (USA), polyglotte.

Status post accident vasculaire hémisphérique gauche périnatal avec hémisyndrome sensitivo-moteur droit. Cécité absolue des couleurs d'origine rétinienne.

Actuellement, présence d'une accentuation de la fatigabilité dans son poste de travail à l' [...] et limitations fonctionnelles en vitesse dactylographique principalement.

A été régulièrement suivie en neuropsychologie et par les neurologues de l'HUG qui confirment l'hémisyndrome droit, et la fatigabilité accrue avec apparition d'omissions, fautes et baisse de performance après une heure d'examen neuropsychologique. Les Dr[s] O._____ et A._____ du service de neurologie estime[nt] que la capacité de travail résiduelle de l'assurée n'excède pas 60% dans son travail qui est adapté. Le médecin traitant, le Dr T._____, estime également que la capacité de travail de l'assurée est limitée à 60% dans toute activité. Nous ne sommes pas renseignés quant aux limitations fonctionnelles précises dans sa profession d'employée de commerce et ne disposons pas de la description d'une activité qui lui serait adaptée.”

Il ressort notamment ce qui suit d'un rapport de la Professeure F._____, FMH en neuropsychologie au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), du 25 octobre 2005 :

“4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

Signes cognitifs séquellaires compatibles avec une souffrance hémisphérique gauche avec ralentissement, troubles attentionnels et sensibilité accrue aux interférences; fatigabilité et signes probables de la lignée anxieuse.

[...]

5. Appréciation du cas et pronostic

Les troubles cognitifs constatés sont compatibles avec les séquelles de la lésion hémisphérique gauche décrite à l'imagerie cérébrale et sont de nature à diminuer le rendement au travail. Si la capacité de travail ne nous paraît pas significativement diminuée du point de vue strictement neuropsychologique, il existe probablement une diminution du rendement de l'ordre de 20%. Il est probable que les plaintes actuelles traduisent une surcharge professionnelle relative avec signes de la lignée anxieuse."

Dans un rapport médical d'expertise du 15 février 2006 à l'assurance-invalidité, le Dr E._____, FMH en neurologie au CHUV, s'est notamment exprimé comme suit :

"Les discrets troubles cognitifs et l'hémisindrome sensitif de l'hémicorps droit sont compatibles avec les séquelles de la lésion hémisphérique gauche visible à l'IRM, mais sont stables depuis 1982, date à laquelle une évaluation neurologique et neuropsychologique a été pour la première fois effectuée. Par ailleurs, la patiente souffre actuellement d'une fatigabilité qui ne nous paraît pas significativement diminuer la capacité de travail, par ailleurs il existe certainement une diminution du rendement de l'ordre de 10%. Il est très probable qu'un état dépressif soit également présent. Dès lors, nous avons vivement conseillé à la patiente un soutien psychologique et éventuellement l'association d'un traitement antidépresseur de type SSRI."

Il résulte en particulier ce qui suit d'un rapport du Dr H._____, FMH en neurologie à la Clinique Romande de réadaptation (CRR) de la CNA / SUVA, au Dr T._____ du 28 avril 2006 :

"Appréciation

[...]

La patiente me consulte ce jour pour avoir un avis de neuro-rééducation quant aux éventuelles possibilités d'améliorer sa situation, notamment avec des moyens auxiliaires.

[...]

Concrètement, je mets donc en évidence un hémisindrome sensitif droit affectant toutes les modalités, auquel la patiente s'est relativement bien adaptée, notamment en devenant gauchère. Cependant, les activités bi-manuelles, tout particulièrement les mouvements répétitifs sont perturbés avec une fatigabilité de la main droite.

[...]

Au vu de ces constatations, il me paraît juste de reconnaître le handicap de cette dame, non seulement pour des raisons

psychologiques (passé de maltraitance, enfance difficile) mais également par le fait que même si elle s'est bien adaptée à son hémisyndrome sensitif droit, il n'en demeure pas moins qu'elle présente des difficultés de manipulation et de gestuelle de la main droite, avec une fatigabilité à l'effort. Ceci est clairement susceptible de gêner la patiente dans une activité de bureau nécessitant de dactylographier. D'autre part, les séquelles cognitives limitent la patiente dans un rendement optimal, tout particulièrement dans des tâches nécessitant une forte concentration et attention, les environnements bruyants (test dichotique asymétrique) et lors de surcharge professionnelle. Par conséquent, nous pourrions lui reconnaître une capacité de travail au maximum de 80% ce qui semble être acceptable par Mme I. _____."

Le 19 janvier 2007, la Dresse G. _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport d'expertise à l'assurance-invalidité. On en extrait en particulier ce qui suit :

"Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

- Personnalité émotionnellement labile type borderline, présente depuis jeune adulte F60.31
- Dysthymie, présente depuis environ 2003 F34.1

[...]

L'anamnèse de Madame I. _____ révèle des maltraitements psychologiques et physiques depuis sa petite enfance. [...]

Le vécu au sein d'un milieu familial chaotique a perturbé le développement d'un Moi suffisamment solide pour affronter les aléas de l'existence. Ceci a empêché une structuration suffisante de la personnalité devenue chaotique dans son fonctionnement. Depuis jeune adulte, les défenses tels les clivages, la projection, la fuite en avant, les conflits répétés et la labilité émotionnelle traduisent une personnalité émotionnellement labile type borderline.

Cette personnalité a connu des épisodes de décompensation dépressive avec deux épisodes dépressifs réactionnels conséquents en 1980 et 1987. Par la suite, a persisté une instabilité de l'humeur évoluant en une dysthymie.

Avec les années, l'épuisement physique et psychique, cette personnalité s'est en partie décompensée depuis mi-2003. Mme I. _____ semble avoir atteint son seuil de tolérance et ses ressources actuelles sont limitées. L'expertisée justifie d'un travail personnel de reconstruction. [...]

Mme I. _____ prend ponctuellement un traitement de millepertuis. [...]

La capacité de travail peut être estimée de 70%.

Le pronostic paraît favorable, pour autant que Mme I. _____ puisse travailler à temps partiel, maintenir un suivi thérapeutique et prendre un traitement de millepertuis pendant plusieurs mois."

Au terme de son rapport d'examen du 5 février 2007, le Dr C._____ du SMR a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise précitée et, par décision du 16 septembre 2008, l'assurance-invalidité a refusé toute prestation à l'assurée, considérant que cette dernière disposait d'une capacité de travail de 100%, avec toutefois une baisse de rendement de 30%, dans toute activité. Cette décision est entrée en force.

B. Le 22 février 2011, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité dans un contexte de perte de son dernier emploi (chômage depuis novembre 2010). La demande est accompagnée d'un courrier médical du Dr I._____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui annonce une aggravation des troubles sensitifs de l'hémicorps droit compromettant les chances de sa patiente pour retrouver du travail dans son domaine. Les médecins du SMR n'ont pas retenu de fait médical nouveau, d'avis qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur le rapport d'examen du 5 février 2007 établi par le Dr C._____.

Le Dr I._____, dans un nouveau rapport à l'assurance-invalidité du 5 août 2011, mentionne un épisode dépressif sévère sans syndrome psychotique dans le cadre d'un état dépressif récurrent et atteste une incapacité de travail totale de sa patiente depuis octobre 2010. Il expose que courant 2010, l'assurée a présenté un état d'épuisement psychique et physique entre autre secondaire à un harcèlement psychologique de son employeur et a débuté un suivi psychiatrique à sa consultation où un épisode dépressif sévère est mis en évidence. Il relève que son handicap neurologique contribue grandement à l'état d'épuisement et à une fatigabilité invalidante. Persistance d'une symptomatologie anxio-dépressive invalidante avec une fatigabilité sévère, un découragement face à l'avenir et une perte de confiance en soi. Une reprise de l'activité habituelle est cependant envisageable à la fin de l'été 2011 à 50-75% avec une baisse de rendement de 60 à 75%. Dans son rapport médical suivant de janvier 2012, le psychiatre traitant annonce le diagnostic de glaucome de l'œil gauche avec perte de champ

visuel de cet œil. Le trouble dépressif s'est amélioré et l'épisode est de sévérité légère. La capacité de travail est cependant toujours estimée entre 50 et 75% dans toute activité avec une baisse de rendement de 60-70%.

L'assurée a bénéficié le 13 février 2012 d'une sclérectomie profonde avec pose d'un implant de collagène + Mitomycine C pour un glaucome pseudo-exfoliatif avancé de l'œil gauche. Elle a eu une goniopuncture au laser YAG le 26 mars 2012. Une incapacité de travail de 100% est attestée pour raisons ophtalmologiques du 9 février 2012 au 30 mars 2012.

Le SMR relevant que le psychiatre traitant mentionne une amélioration de l'état de santé de sa patiente sans modifier son évaluation de sa capacité de travail demande une expertise médicale psychiatrique (cf. avis médical du 23 février 2012).

Le Dr B._____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, indique dans son rapport d'expertise médicale du 30 avril 2012 l'absence de pathologie psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée et retient une simple dysthymie. L'examen psychiatrique du 24 avril 2012 met en évidence les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante actuellement pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, avec labilité émotionnelle, avec ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnestique sans trouble de la concentration ou de la mémoire, anhédonie partielle sans repli social, sans perte d'estime d'elle-même, sommeil globalement perturbé par des réveils itératifs, appétit fluctuant. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie. Il constate une absence de symptomatologie anxieuse significative, une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM- 10 de trouble de personnalité. Il existe également un tableau de fatigue chronique sans grande intensité ni détresse. L'expert relève que le psychiatre traitant retient un diagnostic incapacitant d'épisode

dépressif sévère dans le cadre d'un état dépressif récurrent. Il constate toutefois qu'en l'absence d'un tableau dépressif antérieur attesté, traité et résolutif avec période de latence, un diagnostic de trouble dépressif récurrent selon les critères de la CIM-10 ne peut être envisagé. La capacité de travail est estimée entière dans toute activité.

Le SMR considère l'expertise psychiatrique précitée comme probante et seule une incapacité de travail temporaire pour la chirurgie ophtalmique est retenue (cf. avis médical du 10 mai 2012). Un projet de décision de refus de toutes prestations de l'assurance-invalidité est émis le 8 août 2012. L'assurée fait opposition à ce projet de décision considérant que les séquelles ophtalmiques sont insuffisamment évaluées. Elle annonce par ailleurs une aggravation de son état de santé psychiatrique depuis l'expertise psychiatrique d'avril 2012.

Il ressort ce qui suit d'un courrier du 26 octobre 2012 du Dr U._____, ophtalmologue, à l'avocate de l'époque de l'assurée :

“Le problème de Madame I._____ est assez complexe car la vision est relativement bonne, en corrigeant nous arrivons à 100% à gauche avec une correction de S-2.00 C-1.25/175° et 0.9 à droite avec S+0.25 C-0.50/45°.

Comme j'ai cru le comprendre, son problème est davantage une fatigue oculaire très rapide, probablement liée à l'atteinte importante du champ visuel qui est très restreint à l'œil gauche.

L'acuité visuelle qui a été mesurée à presque 100% concerne une petite partie de la vision centrale mais toute la vision périphérique est atteinte et lorsque Madame I._____ doit lire une ligne de texte, probablement qu'elle ne voit pas les deuxième ou troisième lettres d'un mot. Ceci rend bien entendu très difficile la lecture sur un écran ou sur un texte imprimé.

Quant à l'œil droit, le champ visuel est quasiment normal, il y a une baisse diffuse de la sensibilité rétinienne, cet œil a toujours été plus faible semble-t-il.”

Une expertise ophtalmologique est alors demandée par le SMR à l'Hôpital [...]. Dans le rapport d'expertise du 4 septembre 2013, le Dr A._____, FMH en ophtalmologie, pose le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de glaucome pseudo-exfoliatif

avancé de l'œil gauche avec atteinte massive du champ visuel, et subsistance d'un îlot de vision centrale avec préservation d'une acuité visuelle à 0.6. Il expose que l'assurée souffre d'un glaucome pseudo-exfoliatif extrêmement avancé à l'œil gauche où le champ visuellement est massivement atteint. La vision centrale est préservée à 0.6. L'œil droit par contre présente une acuité visuelle normale et un champ visuel peu atteint lui permettant d'obtenir un champ visuel binoculaire quasiment normal avec une légère réduction horizontale toutefois. Il est évident que l'atteinte massive de l'œil gauche restreint tout de même son champ visuel de ce côté, ce qui peut l'empêcher de percevoir les objets arrivant de ce côté. Elle décrit une fatigabilité accrue à la lecture. L'importante réduction de son champ visuel de l'œil gauche pourrait effectivement entraîner une gêne. Certains patients sont en effet gênés par l'asymétrie visuelle entre les deux yeux. Cependant, le champ visuel binoculaire de la patiente est quasiment normal. D'autre part, la fatigabilité pourrait évidemment être modifiée en fonction de l'état psychologique et de l'humeur chez cette patiente connue pour des épisodes dépressifs à répétition et un important trouble anxieux. Au plan physique, on note une acuité visuelle diminuée du côté gauche à 0.6, alors qu'elle est de 0.8 à l'œil droit, ce qui peut rendre difficile des travaux nécessitant une excellente acuité visuelle bilatérale. D'autre part on note comme déjà dit précédemment une importante réduction du champ visuel de l'œil gauche, ainsi qu'une légère réduction du champ visuel binoculaire ce qui peut entraîner une difficulté à percevoir les objets dans la périphérie du côté gauche. Ceci nécessite en compensation un état de vigilance accrue pouvant augmenter sa fatigabilité lors des efforts visuels. Au plan psychique et mental, l'atteinte massive du champ visuel de l'œil gauche, ainsi que la réduction légère de son acuité visuelle sur ce même œil peuvent entraîner une certaine aggravation de la situation et avoir un retentissement sur son syndrome anxio-dépressif pré-existant. La patiente a toujours effectué des travaux nécessitant de longues heures de lecture, sur papier ou devant des écrans d'ordinateurs, et ces troubles visuels peuvent entraîner une fatigabilité et une diminution du rendement de travail. L'acuité visuelle résiduelle, ainsi que son champ de vision binoculaire peuvent donc entraîner une gêne, ressentie différemment

selon les patients, mais ne l'empêche pas formellement d'effectuer les tâches susmentionnées. D'un point de vue ophtalmologique, il est extrêmement difficile de se déterminer de manière précise sur la capacité de travail, de nombreux patients ne ressentant aucune gêne avec un status identique et d'autres étant très gênés. Chez la patiente, il semblerait que cela entraîne une fatigabilité accrue, qui peut également être modulée par son syndrome anxio-dépressif. Il n'est ainsi pas possible de déterminer précisément sa capacité de travail, et il conviendrait de tenter une reprise d'une activité professionnelle, comme le désire la patiente, afin de pouvoir déterminer sa résistance dans une situation concrète. D'un point de vue ophtalmologique, son activité habituelle est tout à fait exigible, en tenant compte des capacités de résistance et d'un rendement possiblement diminués. Les problèmes visuels ont été découverts au début de l'année 2012 en raison de douleurs péri-orbitaires et céphalées frontales. La baisse de vision et l'atteinte du champ visuel n'ont été mises en évidence qu'à ce moment. Ceci est tout à fait typique des glaucomes qui provoquent une atteinte du champ visuel progressive dont le patient est inconscient. Depuis la découverte du glaucome pseudo-exfoliatif sur l'œil gauche, la pression oculaire de la patiente a rapidement été contrôlée, et son champ visuel ne semble s'être que très légèrement péjoré par rapport aux champs visuels de janvier 2012 remis par le Professeur U._____. Le degré d'incapacité de travail n'a donc pas évolué depuis la découverte et le traitement de son problème oculaire. D'un point de vue oculaire, la seule limitation que l'on pourrait évoquer concernerait des activités professionnelles nécessitant un champ visuel horizontal parfaitement normal et/ou des activités la mettant à risque de recevoir des objets en provenance de son côté gauche. Pour les travaux de bureau, aucune limitation n'est à noter du point de vue visuel, en tenant compte de la possible fatigabilité augmentée. L'expert observe finalement que la patiente présente un héli-syndrome sensitivo-moteur droit depuis la petite enfance, un syndrome anxio-dépressif soulagé par la consommation d'alcool, qu'elle décrit actuellement limitée à quelques verres par jour, ainsi qu'une atteinte oculaire à l'œil gauche, il est difficile de cloisonner complètement ces problématiques. Elles sont en effet probablement interconnectées, la découverte de l'atteinte oculaire ayant certainement

une répercussion sur le syndrome anxio-dépressif, et à l'inverse, ce dernier majorant probablement le ressenti subjectif de l'atteinte oculaire.

Le Dr I._____ annonce dans son rapport médical à l'assurance-invalidité du 13 mai 2013 que sa patiente a été hospitalisée en milieu psychiatrique du 20 novembre 2012 au 3 décembre 2012 pour son trouble anxieux et la prise d'alcool réactionnelle aux problèmes somatiques et à sa situation sociale précaire. Le psychiatre considère la capacité de travail de l'assurée comme nulle dans toute activité. Une nouvelle expertise psychiatrique est demandée par l'assurance-invalidité.

Dans son rapport d'expertise du 18 février 2014, le Dr P._____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne retient pas de pathologie psychiatrique incapacitante mais une dysthymie existant depuis l'âge de dix-neuf ans, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, un syndrome de dépendance, une utilisation continue existant depuis l'âge de trente ans et une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile depuis l'adolescence. La capacité de travail de l'assurée est jugée entière dans toute activité.

Il fait notamment les constatations suivantes :

"Synthèse et Discussion

Mme I._____ est une assurée suisse, âgée de 52 ans, célibataire, sans enfant. Au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, elle travaille dans ce domaine pour différents employeurs, avec des engagements d'une durée de 1 à 2 ans en occupant entre autre des postes à responsabilité. En 1989, elle commence une activité d'assistante en administration à la [...] et enchaîne des missions d'une durée déterminée dans différents départements de cette organisation. Travaillant à plein temps à [...], [...] et [...], elle occupe le poste d'assistante de recherches ainsi que d'assistante des études de développement pendant plusieurs années. En 1998, elle arrête cette activité pour suivre des études internationales à [...], couronnées par un degré de Bachelor après 2 ans. Après 1 année de travail dans une école internationale en [...], elle retourne en Suisse et reprend une activité comme assistante et employée de bureau dans le cadre de missions temporaires d'une durée de quelques mois à 1 an, pour différents employeurs. Dans ce contexte, elle reprend une activité au [...] à [...] et enchaîne des engagements d'une durée déterminée au sein de cette organisation

pendant 2 ans. En octobre 2010, son contrat au [...] n'est pas prolongé, selon l'expertisée, à cause d'un conflit avec une de ses supérieures. Après des périodes de chômage entre ces engagements d'une durée déterminée, elle s'inscrit à nouveau au chômage à 100%, le 23.11.2010. C'est ainsi qu'elle bénéficie de missions comme employée de commerce dont elle poursuit la dernière à 80% de juin à septembre 2012. Depuis, elle dit ne plus avoir repris d'activité professionnelle et se trouve en arrêt maladie attesté par son psychiatre et son médecin généraliste.

Vers l'âge de 19 ans, Mme I._____ décrit un épuisement et une dépression en réaction aux problèmes de santé et difficultés financières de ses parents. Pendant une année, elle suit un traitement antidépresseur prescrit par son médecin généraliste, avant de constater une amélioration de son état. A l'âge de 25 ou 26 ans, elle consulte pour la première fois un psychiatre afin de travailler sur le vécu douloureux avec ses parents. Insatisfaite avec cette thérapie, elle l'interrompt après 3 mois. En 2002, elle reprend contact avec un psychiatre à [...], avant d'interrompre la thérapie après 6 mois. En décembre 2010, elle commence son traitement psychiatrique et psychothérapeutique actuel auprès du Dr I._____ qu'elle voit une fois par semaine pendant une année, avant d'espacer les consultations à 4 rendez-vous par année.

Le 18.04.2011, le Dr I._____ adresse un courrier à l'Office AI pour demander des mesures de réinsertion professionnelle, à cause d'une aggravation de l'état de santé de Mme I._____ souffrant d'une anesthésie de l'hémicorps droit et de difficultés praxiques du MSD [membre supérieur droit] avec l'incapacité à travailler sur l'ordinateur de façon efficace. Dans son rapport du 05.08.2011, le Dr I._____ retient des diagnostics neurologiques ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans syndrome psychotique dans le cadre d'un état dépressif récurrent. Il constate une incapacité de travail de 100% depuis octobre 2010. Dans son rapport du 17.01.2012, le Dr I._____ décrit une amélioration de l'état dépressif ne dépassant plus un trouble dépressif léger. Il constate une incapacité de travail de 25 à 50% et dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Dans sa lettre du 16.03.2012, le Dr I._____ constate que l'expertisée est actuellement inscrite au chômage et que la période de remboursement des indemnités se terminera prochainement. Il appuie ainsi la demande de l'expertisée d'une prise en charge par l'Office AI entre autre à cause d'une résistance réduite et d'une fatigabilité aggravée en raison de son trouble organique. Dans sa lettre du 16.11.2012, le Dr I._____ constate que Mme I._____ a développé en parallèle à son glaucome, une exacerbation du trouble dépressif récurrent, actuellement en phase sévère sans symptôme psychotique. Dans son rapport du 13.05.2013, le Dr I._____ ne retient pas de diagnostic psychiatrique mais décrit la nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique pour un trouble anxieux et la prise d'alcool pour soulager des angoisses secondaires aux problèmes somatiques et la situation sociale précaire de sa patiente.

Le 16.01.2007, Mme I._____ est examinée par la Dresse G._____ dans le cadre d'une expertise psychiatrique demandée par l'Office AI. La Dresse G._____ retient une personnalité émotionnellement labile type borderline et une dysthymie justifiant, selon elle, une

incapacité de travail de 30%. A cause de la description d'une aggravation de l'état de santé, l'Office AI demande une 2^{ème} expertise psychiatrique effectuée par le Dr B. _____ le 30.04.2012. Le Dr B. _____ retient comme seul diagnostic psychiatrique une dysthymie n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Du 20.11 au 03.12.2012, Mme I. _____ passe un premier séjour à l'Hôpital de [...] pour un sevrage d'alcool. Lors de cette hospitalisation, on retient également un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. En août 2013, elle passe un séjour à l'Hôpital psychiatrique de [...] pour un sevrage d'alcool en mode non volontaire. Lors de cette hospitalisation de deux jours, on retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ainsi qu'une dépendance à l'alcool. En octobre 2013, Mme I. _____ passe un séjour de 11 jours à la Clinique [...] où on retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline et une dépendance à l'alcool.

Au vu de cette évolution, l'Office AI demande la présente expertise afin de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de l'expertisée, notamment depuis avril 2012, ainsi que de déterminer les limitations fonctionnelles objectives éventuelles et leur incidence sur la capacité de travail.

Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une plainte spontanée et prédominante concernant des douleurs, elle ne souffre pas de syndrome douloureux somatoforme persistant.

La plainte principale de Mme I. _____ concerne un sentiment fluctuant de tristesse et d'épuisement persistant depuis des années. Anamnestiquement, elle souffre pour la première fois d'un état d'un effondrement de sa personne en réaction aux problèmes de santé de ses parents, hypothéqués par d'importants problèmes sociaux. Vers l'âge de 19 ans, elle suit ainsi un premier traitement antidépresseur prescrit par son médecin de famille. Après une année, elle constate une amélioration de son état tout en continuant de souffrir d'une humeur fluctuante. Puis elle enchaîne des engagements professionnels avec des périodes pendant lesquelles elle s'occupe de ses parents malades, entreprend des voyages et suit des études aux Etats-Unis Sans crise psychique, malgré ses fluctuations de l'humeur, elle fait preuve de ressources d'adaptation en travaillant d'une manière stable entre autre avec des postes à responsabilité. A son retour des Etats-Unis en 2002, elle est confrontée à une dégradation du marché du travail et dépend de missions temporaires au [...] qui se terminent dans le contexte d'un conflit avec sa supérieure en novembre 2010. En réaction à cette situation, elle décrit une nouvelle aggravation de son état et commence un traitement psychiatrique auprès du Dr I. _____.

En parallèle, elle s'inscrit au chômage et fait des recherches de travail. Malgré différents stages et missions organisés par le chômage, elle ne trouve plus de travail et arrive en fin de droit au chômage en novembre 2012. A nouveau, elle souffre d'un sentiment

de déprime, de stress et d'angoisses, en réaction à la dégradation de sa situation sociale et décrit une aggravation de sa consommation d'alcool nécessitant un premier séjour à l'Hôpital de psychiatrie de [...] en novembre 2012. Après un sevrage d'alcool, elle décrit une bonne amélioration de son état lui permettant de retrouver de l'espoir, notamment concernant une mesure de réinsertion professionnelle à travers l'Al. En mars 2013, elle reprend pourtant une consommation d'alcool dans un cadre festif, suivie par une dégradation de son état nécessitant un séjour à l'Hôpital psychiatrique de [...] en août 2013. Sortant de l'hôpital après 2 jours, elle passe encore un séjour à la Clinique [...] qu'elle interrompt après 11 jours, en octobre 2013. Depuis, le suivi chez le Dr I. _____ reste limité à des consultations occasionnelles et elle continue à mener une vie autonome en s'occupant de son ménage et en organisant un voyage aux Etats-Unis en novembre 2013, lui permettant de prendre du recul de ses problèmes sociaux en Suisse. Profitant de ce séjour pour entreprendre des activités de loisirs et des excursions avec ses amis, elle montre des capacités incompatibles avec la persistance d'un épisode dépressif majeur, notamment un épisode dépressif sévère selon la CIM-10.

En parallèle, l'épisode dépressif sévère retenu lors de la première hospitalisation à [...] en novembre 2012 paraît difficilement compatible avec les status psychiques à l'entrée ne décrivant qu'une thymie triste et des antécédents d'idées suicidaires passives dans un contexte d'alcoolisations. Grâce au cadre sécurisant, Mme I. _____ montre une amélioration rapide de ses symptômes dépressifs au cours de seulement 13 jours, voire 2 jours dans la même institution en août 2013 et les 11 jours passés à [...] en octobre 2013. Cette évolution favorable en réaction à un changement du cadre obligeant Mme I. _____ à rester abstinente montre une composante réactive de ses états dépressifs laissant planer des doutes quant aux degrés de sévérité retenus et incompatible avec un épisode dépressif sévère. De plus, la fréquence des consultations ambulatoires avec le Dr I. _____ depuis 2011 contraste avec un tel degré de sévérité.

A l'examen actuel, Mme I. _____ ne montre pas de persistance d'un abaissement important de l'humeur mais fait preuve de sa réactivité émotionnelle, en souriant lorsqu'elle aborde ses activités aux Etats-Unis et exprime d'une manière authentique son intérêt pour certaines émissions de télévision. S'occupant volontiers avec des activités comme le bricolage, elle ne souffre pas d'une diminution de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante, mais participe activement à un examen d'une durée de plus de 3 heures. Puis elle maîtrise quelques tests cognitifs sans signe d'une diminution importante de la concentration et de l'attention. Cette observation correspond à sa capacité à affronter ses obligations de la vie quotidienne, en s'occupant par exemple seule de ses finances, tout en menant une vie sociale marquée par des rencontres régulières avec des amis et sa sœur. Sans idée de culpabilité ou de dévalorisation, elle donne une description positive de sa personnalité et se perçoit surtout comme une victime de la non reconnaissance de ses problèmes de santé et des injustices de la part de ses anciens employeurs. Malgré l'absence d'une perspective professionnelle et l'expression d'un sentiment de désespoir face à sa situation sociale, elle cherche une solution à ses

problèmes, par exemple au niveau ophtalmologique en consultant des spécialistes aux Etats-Unis. En l'absence d'une perturbation du sommeil ainsi qu'en l'absence d'une diminution de l'appétit chez une expertisée décrivant un poids stable depuis plusieurs mois, les symptômes dépressifs de Mme I. _____ restent donc insuffisants pour retenir un épisode dépressif, selon la CIM-10.

En dehors de quelques jours d'hospitalisation en 2012 et 2013, Mme I. _____ continue à mener une vie autonome. Elle fait preuve de ses capacités par exemple en organisant son déménagement en mars 2013 et un voyage aux Etats-Unis en novembre 2013 après avoir encore travaillé à 80% dans le cadre du chômage, jusqu'en septembre 2012. Néanmoins, elle se sent fatiguée et déprimée pendant la plupart du temps. Tout lui coûte et peu de choses lui sont agréables. Elle rumine sur ses problèmes, se plaint d'injustices et perd confiance en elle, mais elle reste capable de faire face à la vie quotidienne. Par conséquent, son anamnèse et le tableau clinique actuel correspondent à la dépression chronique et fluctuante d'une dysthymie déjà retenue par la Dresse G. _____ en 2007 et le Dr B. _____ en 2012.

Survenue à l'âge de jeune adulte, probablement suite à un premier épisode dépressif réactionnel à 19 ans, la dysthymie de Mme I. _____ peut atteindre transitoirement le niveau de sévérité d'un épisode dépressif léger ou moyen, notamment en réaction à des deuils et du stress psychosocial, comme des conflits au travail. Toutefois, l'anamnèse ne montre pas d'épisode dépressif sévère chez une expertisée ne souffrant que de crises ponctuelles de quelques jours dans le cadre d'alcoolisations.

Cette dysthymie s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle avec une tendance à l'hyperexpressivité émotionnelle et aux blessures narcissiques. Cette structure de personnalité se développe dans le contexte d'une carence affective et d'instabilité relationnelle à cause de parents violents et dépressifs. Malgré ce vécu lourd, Mme I. _____ fait également preuve de ressources d'adaptation en suivant sa scolarité et un apprentissage d'employée de commerce, avant de travailler pour différents employeurs avec des engagements stables, tout en s'occupant de ses parents malades. Menant une vie indépendante, elle fait des économies lui permettant de voyager pendant une année et de suivre avec succès des études aux Etats-Unis. En parallèle, elle s'engage dans des relations sentimentales d'une durée de plusieurs années et construit un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables, notamment au plan amical. En conséquence, son anamnèse ne permet pas de retenir une perturbation sévère de la constitution caractérologique persistant depuis l'adolescence, comme demandée par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Cependant, Mme I. _____ montre un fonctionnement correspondant à une accentuation de traits de personnalité, n'ayant pas valeur de maladie.

L'aggravation de l'état psychique décrite par Mme I. _____ se manifeste dans le contexte d'une utilisation abusive d'alcool avec une consommation excessive par périodes, motivant les 2 séjours en milieu psychiatrique. Mme I. _____ commence cette consommation

d'alcool à partir de l'âge de 14 ans, dans un cadre festif, lors des fêtes familiales et des sorties avec des amis. A partir de l'âge de 30 ans, cette consommation devient régulière, alors que Mme I. _____ décrit une période de stabilité psychique dans un contexte social satisfaisant grâce à son travail à la [...]. Sans crise psychique, elle prend l'habitude de boire de l'alcool le soir, suivi par une aggravation avec des consommations à outrance, interrompues par des mois d'abstinence et des rechutes de consommation dans un cadre festif, comme en mars 2013, à l'occasion de son déménagement. La CDT actuelle montre une consommation quotidienne dépassant une bouteille de vin et contraste ainsi avec les déclarations de l'expertisée. Dans ce contexte, il est regrettable que les expertises psychiatriques de 2007 et de 2012 n'ont pas inclus de contrôle de la CDT afin d'estimer plus précisément la consommation régulière déjà décrite à l'époque.

Survenue indépendamment d'une crise psychique à l'âge de 30 ans, cette consommation quotidienne et abusive d'alcool correspond à une toxicomanie primaire. Dans le cas de Mme I. _____, sa toxicomanie n'est pas la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une incapacité de travail, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Sans comorbidité psychiatrique incapacitante, cette toxicomanie à elle seule ne justifie pas d'incapacité de travail. Au contraire, l'abstinence est exigible afin de permettre à Mme I. _____ une stabilisation de son humeur et une amélioration de ses symptômes anxieux et dépressifs aggravés par sa consommation d'alcool déclenchant régulièrement ses crises psychiques.

En conclusion, ni les symptômes anxieux et dépressifs relativement légers de sa dysthymie ni sa toxicomanie primaire ne justifient une incapacité de travail durable et l'effort à surmonter ces symptômes afin de reprendre une activité professionnelle est raisonnablement exigible au plan psychique. Cependant, Mme I. _____ montre des signes d'adoption d'un rôle d'invalidé face à ses problèmes sortant du champ médical, comme des difficultés à trouver un engagement professionnel après plusieurs années de travail avec des mandats temporaires. C'est ainsi qu'elle met en avant la description parfois dramatique de symptômes comme une fatigue et des difficultés cognitives ainsi qu'une tristesse avec manque d'entrain et d'envie contrastant avec des éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen psychiatrique actuel."

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) confirme sa décision de refus de toutes prestations le 19 mai 2014 en faisant les constatations suivantes :

"Le 1^{er} mars 2011, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Après étude de son dossier et suite à son analyse médicale et économique, il ressort que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail et de gain est entière et qu'une amélioration a été constatée depuis 2007.

Sur le plan ophtalmologique, elle a présenté une incapacité de travail temporaire pour une opération de l'œil gauche à 100 % du 9 février au 30 mars 2012.

En conclusion, l'instruction du dossier n'a pas permis de démontrer une quelconque aggravation de l'état de santé et la capacité de travail et de gain est entière que ce soit dans son activité habituelle ainsi que dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles."

C. I. _____ interjette un recours le 19 juin 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal considérant qu'il n'a pas été tenu compte du cumul de ses pathologies et que les troubles neurologiques et neuropsychologiques ont été laissés de côté. Elle conclut principalement à ce que la décision rendue le 19 mai 2014 par l'OAI est réformée dans ce sens qu'elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, depuis la date que justice dira. Subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique, ophtalmologique et psychiatrique).

La recourante a produit les rapports médicaux suivants à l'appui de son recours :

- un rapport médical du Dr Q. _____, FMH en neurologie à [...], au Dr R. _____ du 11 juillet 2014, dont on extrait ce qui suit :

"Diagnostics : • Troubles de l'équilibre d'origine multifactorielle : Hémisyndrome sensitivomoteur droit séquellaire sur cavité porencéphalique pariétale gauche (possible séquelle d'un ramollissement cérébral périnatal) ; Troubles visuels de l'œil gauche (rétrécissement du champ visuel) dans un contexte de glaucome et S/P chirurgie pour glaucome ; Hypoacousie droite (d'origine X).
• Céphalées à caractère migraineux.

[...]
DISCUSSION

A l'examen neurologique, je relève un hémisyndrome sensitif droit à tous les modes avec une participation motrice mineure, anciennement connu et stable par comparaison avec l'évaluation neurologique de 2006, sur lequel se greffe une atteinte visuelle gauche (amputation du champ de vision) ainsi qu'une hypoacousie que la patiente met en lien avec l'hémisyndrome droit. Je n'ai pas d'élément en faveur d'une neuropathie périphérique ou une problématique sur les voies vestibulo-cérébelleuses. L'IRM cérébrale de 2011 confirme une cavité porencéphalique séquellaire en faveur d'un ancien ramollissement pariétal gauche.

Les sensations d'instabilité ou déséquilibre trouvent certainement leur origine dans l'association de l'hémisyndrome droit et du trouble visuel (et de l'hypoacousie ?). La patiente était bien adaptée à l'hémisyndrome droit jusque dans les années 2010; depuis lors, on peut raisonnablement imaginer que le trouble visuel révèle/accroît une instabilité autrefois latente et induise une majoration de la fatigue.” ;

- un rapport médical du Dr I. _____ à la fondation l' [...] du 11 février 2015 dont il ressort notamment ce qui suit :

“Diagnostics :

Syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinente sous Selincro depuis fin décembre 2014.

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec somatisation F 33.11.

[...]

Discussion :

J'atteste que Mme I. _____ est abstinente depuis la fin décembre 2014. C'est en particulier la détermination de la patiente de s'en sortir qui a mis fin à la consommation d'alcool. Le soutien de sa sœur et la prise en charge psychiatrique intégrée ont contribué à cette bonne évolution. Sur le plan médicamenteux, le Selincro introduit en décembre et pris quotidiennement représente également une aide non négligeable. Cette médication pourra être prise uniquement en cas de situation à risque dès le 16 février 2015. Nous assistons à une nette amélioration de la thymie avec l'abstinence, la patiente est actuellement dans un épisode dépressif léger à moyen.

Une des inquiétudes majeures de la patiente est le sentiment d'insécurité lié à sa situation financière précaire. [...] Les démarches auprès de l'OAI sont en cours, le délai pour leur réponse représente une source d'inquiétude significative pour la patiente.

Une prise en charge à l' [...] est la bienvenue et contribue de façon significative à renforcer l'abstinence et à prévenir une rechute du trouble dépressif.” ;

- une échographie du tendon d'Achille gauche du 8 avril 2015 dont le rapport établi le lendemain rend compte de ce qui suit :

“Renseignements cliniques :

Traumatisme dans les escaliers avec hématome et douleurs au niveau du talon et du tendon d'Achille. Déchirure partielle ?
[...]
Conclusion :
Confirmation d'une déchirure complète du tendon d'Achille gauche.
La patiente a été adressée aux urgences pour une prise en charge."

En se fondant sur un avis SMR du 29 juillet 2014 qui retenait que les rapports médicaux produits par la recourante n'étaient pas de nature à changer leur position et qui soulignait que le cumul des atteintes somatiques et psychiques était superflu dans la mesure où l'expertise ophtalmologique concluait à une capacité de travail entière dans une activité adaptée comme l'expertise psychiatrique, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 13 octobre 2014, la recourante a confirmé sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 3 novembre 2014, l'OAI a maintenu ses conclusions.

D. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a mis en œuvre le 27 octobre 2015 une expertise médicale pluridisciplinaire auprès de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) du CHUV. Le 4 novembre 2015, la PMU rendait attentive la Cour de céans que l'Unité d'expertises médicales travaillait uniquement avec l'Hôpital ophtalmologique [...] pour le volet ophtalmologique et qu'il ferait en sorte que l'examen ne soit pas réalisé par les Drs A._____ et Z._____ qui avaient déjà expertisé l'assurée en septembre 2013.

Par courrier du 6 novembre 2015, les parties ont été interpellées pour leur permettre de faire valoir d'éventuels motifs de récusation contre les médecins proposés par la PMU et notamment sur le fait que la PMU travaillait exclusivement avec l'hôpital ophtalmologique [...] pour le volet ophtalmologique.

Par courrier du 17 novembre 2015, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas d'objections à ce qu'il soit procédé selon ce que la PMU avait indiqué dans son courrier du 4 novembre dernier.

Le 18 novembre 2015, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas non plus d'objections à l'encontre des experts désignés.

Le 7 janvier 2016, la recourante a produit un rapport du Dr I._____ du 18 décembre 2015 faisant état d'une aggravation de son équilibre psychiatrique à la suite d'un glaucome à l'œil droit ainsi qu'un rapport du 14 décembre 2015 du Dr U._____.

La PMU a rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire signé le 19 avril 2016 par le Dr L._____, médecine interne et rhumatologie FMH, la Dresse A.X._____, médecine interne FMH et le Dr D._____, psychiatre-psychothérapeute FMH, dont il ressort ce qui suit :

“Conformément à votre mandat d'expertise du 25.11.2015, Madame I._____ a été examinée dans le cadre de notre unité d'expertises médicales. Nos constatations et conclusions se basent sur les éléments suivants :

- Votre dossier AI
- Notre examen de médecine interne du 26.01.2016
- Le consilium neuropsychologique du 11.02.2016
- Le consilium ophtalmologique du 15.02.2016
- Le consilium psychiatrique du 16.02.2016
- Le consilium neurologique du 18.02.2016

Les conclusions de ce rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 22.03.2016, en présence des Drs A.X._____, (interniste) L._____ (interniste et rhumatologue) et D._____ (psychiatre).

[...]

RAPPEL ANAMNESTIQUE

[...]

Affection actuelle

1. Madame I._____ est suivie par le Dr I._____, psychiatre, depuis décembre 2010, pour un état dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère, selon son psychiatre traitant. L'expertisée a été hospitalisée en novembre 2012 à l'Hôpital de [...] pour un sevrage éthylique. Il existe un alcoolisme depuis l'âge de 14 ans, qui s'est majoré à partir de 2010 avec une consommation allant jusqu'à 2 litres de vin par jour. Après ce sevrage, l'expertisée est restée abstinente six mois. Elle a été à nouveau hospitalisée pour sevrage à l'Hôpital de [...] du 24.10 au

31 10.2014. Une postcure a été effectuée à l' [...] à [...], où Madame I._____ est restée un mois, en février 2015. L'expertisée dit être restée abstinente jusqu'à la convocation pour l'expertise. Depuis 15 jours, elle se dit angoissée par ce nouvel examen. Elle décrit un moral mauvais car elle a peur « que l'expertise ne mène à rien ». Elle décrit une peur panique. La consommation actuelle est estimée à 1 litre de vin par jour. Madame I._____ dit avoir bu 2 verres de vin avant de venir à son rendez-vous de 9 h30.

2. Glaucome pseudo-exfoliatif bilatéral avancé découvert en 2012 après plusieurs mois de vomissements itératifs sans cause digestive retrouvée. Une sclérectomie profonde avec pose d'un implant de collagène et mitomycine C a été effectuée le 13.02.2013 [recte : 2012] sur l'œil gauche avec une goniopuncture au laser YAG le 26.03.2012. Il existe une atteinte du champ visuel en raison d'une souffrance du nerf optique. La baisse d'acuité visuelle avec correction est évaluée à 0,8 à droite et 0,6 à gauche. La situation a ré-évolué à l'été 2015 avec une évolution du glaucome de l'œil droit avec par ailleurs une cataracte.

Description des plaintes actuelles

1. Le moral : Madame I._____ indique n'avoir plus envie de faire grand-chose parce qu'elle est paniquée par la vie, que personne n'a répondu à ses appels à l'aide. Elle précise qu'elle consomme de l'alcool pour calmer son anxiété. Elle est cependant consciente que cette intoxication contribue à l'absence d'énergie décrite.
2. Les séquelles cérébrales : Madame I._____ indique avoir des difficultés à se concentrer, avoir des troubles de mémoire. Elle indique par ailleurs des difficultés à la réalisation des gestes comme défaire sa ceinture ou boutonner sa chemise. Elle n'arrive pas à couper les légumes en tranche, elle lâche les objets. Elle a ainsi remplacé progressivement sa vaisselle par des objets en plastique. Elle indique que même se doucher lui est difficile en raison de difficultés à enfiler le gant de toilette. Elle décrit par ailleurs des troubles de l'équilibre occasionnant des chutes, pour lesquelles, par exemple, elle a équipé sa salle de douche d'une poignée. Elle décrit également des troubles de la coordination, disant qu'elle a du mal à taper sur le clavier de son ordinateur ou en salle de fitness à participer aux cours collectifs.
3. Atteinte visuelle : Madame I._____ décrit une fatigabilité visuelle. Elle indique ne pas pouvoir regarder la télévision au-delà de quatre heures d'affilée. Sur l'ordinateur qui lui a été offert, elle se dit moins gênée en raison d'un grand écran.

[...]

Anamnèse psychosociale

Madame I._____ résume sa vie comme « un tabassage de l'âge de 0 à 18 ans ». Elle indique que son problème cérébral serait dû à un coup donné par son père et sa mère alors qu'elle était encore in utéro (dans le dossier il existe une autre explication aux séquelles cérébrales, Madame I._____ aurait indiqué avoir été lâchée, être tombée au sol pendant les premières heures de vie). L'expertisée

indique que sa mère était alcoolique et a été violente avec elle jusqu'à l'âge de 11 ans. Ensuite, elle décrit l'avoir « attrapée par le col et lui avoir dit que ça suffisait ». Le relais a été pris par le père, qui a eu un accident de la route avec une fracture sous le genou, pour laquelle il est resté hospitalisé deux ans. A son retour à domicile, il « n'aurait pas retrouvé la petite fille qu'il adorait mais une jeune femme, alors la violence a commencé ». La sœur de l'expertisée aurait été épargnée parce qu'elle faisait ses études à [...]. Madame I. _____ dit être partie de la maison à l'âge de 18 ans alors qu'elle travaillait dans une imprimerie. Elle a le permis de conduire. Actuellement, elle n'a plus de véhicule. Elle souhaiterait cependant repasser le permis de malvoyant avec l'aide de l'Al pour être plus autonome.

Madame I. _____ indique avoir de très bons contacts avec sa sœur, qu'elle voit une fois par semaine. En général, celle-ci vient la chercher pour aller faire les courses en France en raison de ses faibles revenus et la ramener ensuite à [...]. Elle n'a par ailleurs plus que 3-4 amis aux Etats-Unis, où elle a vécu après l'obtention de son diplôme en relations internationales. Elle communique avec eux via Skype tous les dimanches soirs. Elle s'est rendue aux Etats-Unis pour les voir en décembre 2013. Ils se rencontrent une fois par an en France.

Descriptif de la vie quotidienne

L'expertisée se lève à 4h00 du matin, se fait un café, fume une cigarette. Vers 8h00, elle sort faire ses courses à pied puis elle rentre se faire à manger. L'après-midi, elle regarde la télévision pendant 4 heures, après lesquelles elle est obligée de s'arrêter « en raison de ses yeux ». Elle va se doucher. Elle se couche en général vers 20h00. Elle habite un studio qu'elle décrit « comme un foutoir ». Interrogée pour préciser ce qu'il en est, elle indique qu'elle a surtout beaucoup de papiers en retard à trier. Madame I. _____ indique avoir beaucoup de mal à se motiver pour son ménage, qu'elle fait environ toutes les trois semaines, où elle passe l'aspirateur, la panosse. Elle n'a aucune aide extérieure. L'expertisée va marcher deux fois par semaine avec une co-marcheuse qui a une voiture et qui les conduit au [...]. Cette co-marcheuse a été mise en contact avec Madame I. _____ par le psychiatre traitant. Elles marchent ainsi environ 1h ensemble. Madame I. _____ a eu un abonnement offert au fitness pour son anniversaire, elle faisait des cours de Pilate, des abdos et du vélo mais elle n'y est pas retournée depuis un mois et demi.

Anamnèse professionnelle

Les différents emplois occupés par l'expertisée sont nettement moins bien décrits que lors des précédentes expertises, Madame I. _____ ayant tendance à s'emmêler dans les dates (rôle de la consommation de vin le jour de l'examen ?). Après la fin de l'école obligatoire qu'elle décrit à 14 ans, contrairement à 16 ans dans les autres expertises, elle a fait un apprentissage d'employée de commerce et a travaillé dans une imprimerie pendant un an. Elle a ensuite occupé différents emplois qu'elle a choisis en CDD pendant sept ans en raison de ses parents, qui sont tombés malades. Elle indique que cette période était difficile « la mère ayant un cancer, ce

qui n'était pas génial et le père ne pouvant plus pisser ». En 1987, elle a été cheffe d'administration chez [...]. Elle décrit cette période comme « de la folie pure, elle travaillait 10 heures par jour et devait soigner sa mère malade avec des escarres ». Elle indique avoir fait son premier épisode de dépression réactionnelle au décès de sa mère et des formalités qu'elle a dû accomplir. Elle est alors partie 14 mois en Asie du Sud-Est, sac au dos. Elle y a rencontré un journaliste suédois avec lequel elle est partie vivre pendant 3-4 mois en Suède. Elle est rentrée en Suisse en 1989. Elle a alors travaillé à la [...] jusqu'en 1998, date à laquelle elle décide de partir à [...] pour passer son diplôme de relations internationales en s'autofinçant pour travailler ensuite un an comme cheffe de projet en [...]. Elle est de retour en Suisse en 2002, où elle occupe différents emplois temporaires en l'absence de contrat à durée déterminée à la [...] et à l' [...] jusqu'en 2010. Elle dit alors avoir été victime de mobbing d'une collègue « qui lui faisait la tête ou lui envoyait des vanes ». Son contrat n'a pas été renouvelé à son retour de vacances. Son dernier travail consistait essentiellement en de la saisie informatique dans le cadre d'une mise à jour du droit international humanitaire coutumier. Après cet emploi, Madame I. _____ dit avoir travaillé sur la base du volontariat dans une association théâtrale mais alors qu'elle était stagiaire on lui aurait demandé de faire l'entretien et devant son refus elle aurait été licenciée.

[...]

CONSTATATIONS OBJECTIVES

L'expertisée est venue en train sans difficulté pour se rendre au Centre d'expertise. Madame I. _____ indique avoir déjà bu deux verres de vin avant le rendez-vous, en raison de l'anxiété liée à celui-ci. La démarche se fait avec une discrète augmentation du polygone de sustentation. L'habillement est simple et l'hygiène correcte. L'élocution est un peu ralentie. Par trois fois au cours de l'entretien, l'expertisée demande si « ses propos sont cohérents ». La thymie est bonne, Madame I. _____ souriant volontiers. Elle a chuté la veille de l'examen, avec sur le visage une plaie de l'arcade sourcilière droite et d'un hématome sus-orbitaire. Il existe des érosions sur les deux genoux et sur la paume des mains. Elle indique être tombée dans la rue par mégarde et s'être réceptionnée sur les genoux.

Le poids est de 61 kg pour 162,5 cm. Les aires ganglionnaires sont libres et la thyroïde n'est pas palpable.

Status cardiovasculaire : la pression artérielle est à 137/86 mmHg. Le pouls est à 109/min. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque. Les pouls périphériques sont tous perçus.

Status pulmonaire : le murmure vésiculaire est symétrique, sans bruit surajouté.

Status digestif : l'abdomen est souple, distendu, indolore. Il n'y a pas de splénomégalie ni d'hépatomégalie palpée.

Status locomoteur : la distance mains-sol est de 10 cm. Les articulations sont sèches et indolores, leur mobilité est entière.

Status neurologique : il n'est pas mis en évidence de déficit moteur ni de déficit sensitif clair. Les réflexes ostéo-tendineux sont

retrouvés. On note une discrète dysmétrie. On note une trémulation fine des extrémités.

EXAMENS PARACLINIQUES

Hématologie du 26.01.2016 :

Leucocytes 8.8 G/l (N 4.0-10.0). Érythrocytes 4.30 T/l (N 3.8-5.2). Hémoglobine 148 g/l (N 117-157). Hématocrite 42% (N 35-47). MCV 97 fl (N 81-99). MCH 34.4 pg (N 27-34). MCHC 357 g/l (N 310-360). Plaquettes 223 G/l (N 150-350).

Chimie du 26.01.2016 :

Créatinine 80 µmol/l (N 44-88). Protéines totales 71 g/l (N 59-80). ASAT 33 U/l (N 9-32). ALAT 21 U/l (N 9-36). γ-GT 22 U/l (N 6-42).

Alcool <1.1 mmol/l = négatif.

Asialo-transferrine : 0.7% (valeurs usuelles : asialo-transferrine = 0% de la transferrine totale : l'asialo-transferrine permet de détecter une consommation excessive et chronique d'éthanol).

Asialo + disialo-transferrine : 7.5% (valeurs usuelles : asialo + disialo-transferrine < 1.63% de la transferrine totale : le % de disialo-transferrine représente la composante majeure de la mesure conventionnelle de la CDT. La valeur cut-off de 1.63% délimite le percentile 97.5% d'une population contrôle comprenant des abstinents et des buveurs dits sociaux).

Hémostase du 26.01.2016 :

Taux de prothrombine (TP) 130% (N 80-120). INR<1.

Vitamines/Nutrition du 26.01.2016:

Folate 6.4 nmol/l (N 7.0-45.1). Vitamine B12 276 pmol/l (N 133-675).

CONSULTATIONS SPECIALISEES

Consultation de neuropsychologie du 11.02.2016 (Mme [...])
[...]

Examen neuropsychologique

Patiente orientée, collaborante, fatigable, ralentie, sans anosognosie sur le plan cognitif, peinant à maintenir un effort attentionnel dont la mimique et la prosodie sont affaiblies.

Les plaintes spontanées concernent la persistance sans changement de l'hémisyndrome sensitivomoteur droit et depuis 2005 d'une acuité auditive diminuée à droite et de difficultés mnésiques portant sur la remémoration de faits anciens et prospectifs. Elle signale une aggravation de la fatigabilité, des troubles de la mémoire portant sur les faits récents et du sentiment que tout lui demande un effort.

Sur demande elle rapporte une intolérance au stress, un affaiblissement de la thymie liée à un sentiment «d'être perdue... déstabilisée par ma situation actuelle... ubuesque parce qu'on ne reconnaît pas mes handicaps ».

Elle se décrit comme isolée socialement et annonce avoir rompu avec son compagnon après 15 ans de relation.

Elle suivrait un traitement d'Anxiolit depuis 4 ans, qui lui convient malgré qu'il entraîne des troubles de l'articulation et un traitement d'Entumine « qui fige mes expressions ».

Elle évoque également les situations de mobbing dont elle aurait été victime notamment dans son dernier emploi au [...], qu'elle quitte en 2010.

Pour l'avenir, elle souhaite une rente et une offre de réorientation professionnelle par l'AI dans le domaine de l'aide aux personnes souffrant de troubles psychiatriques après une formation de 12 mois dans une HES. Elle envisage une activité à temps partiel.

Sur demande elle rapporte des difficultés à prendre des décisions, à anticiper et à assumer les activités de la vie quotidienne, notamment le ménage et les courses, avoir été abstinente de février à décembre 2015 et rechuter début 2016 pour être à nouveau abstinente depuis 15 jours. Elle estime que la consommation d'alcool devient abusive à partir de 2012.

Le langage spontané présente un débit ralenti, une légère dysarthrie se manifestant par un effort articulatoire et une baisse des contrastes phonémiques. La prosodie est affaiblie.

La compréhension auditivo-verbale est cliniquement préservée, de même que l'accès lexical à une épreuve de dénomination d'images d'objets.

L'écriture est sans particularité.

La lecture est lente mais sans erreurs et ne présente pas de difficultés dans la compréhension d'énoncés écrits complexes.

La lecture sous contrainte temporelle est effectuée dans les temps admis. L'épreuve équivalente effectuée en condition de dénomination obtient des scores limites.

Une multiplication par écrit est correctement réalisée.

Nous ne relevons pas de trouble des praxies constructives, idéomotrices ou réflexives ni perturbation dans le domaine gnosi-que visuel.

Nous ne relevons pas de signe d'héminégligence.

En mémoire l'empan verbal et visuo-spatial est bon.

En modalité verbale, les capacités d'apprentissage et les possibilités de récupération différée sont aujourd'hui sévèrement déficitaires. Les capacités de reconnaissance sont suffisantes.

En modalité non verbale, les évocations immédiate et différée d'une figure géométrique complexe se situent dans les normes supérieures.

Une épreuve effectuée en choix forcés et en modalité verbale obtient des scores dans les normes.

Aux épreuves sensibles aux perturbations exécutives, nous retenons des performances déficitaires en productivité verbale en condition littérale, ainsi qu'un échec au maintien d'une séquence gestuelle et à la coordination réciproque de gestes. Une épreuve de flexibilité

mentale (test de Kramer) obtient un score sévèrement déficitaire avec un seul groupement correct sur 6 et deux groupements illogiques.

L'échelle de la BREF est modérément déficitaire à 14 points sur 18 avec des difficultés survenant dans le subtest flexibilité, évocation lexicale, programmation et sensibilité à l'interférence.

Par ailleurs, la productivité verbale en condition catégorielle, ainsi que le maintien d'une séquence graphique sont bien réalisés et nous ne relevons pas de trouble de la programmation visuo-constructive.

La mémoire de travail se situe dans les limites des normes, de même qu'une épreuve de rendement et de concentration évaluée à l'aide du subtest code de la WAIS IV.

L'agilité manuelle fine (test de Purdue) montre un ralentissement des deux côtés mais particulièrement sévère à droite.

Diagnostics

- Persistance de signes de souffrance hémisphérique gauche séquellaires et apparition de troubles dysexécutifs et mnésiques antérogrades en modalité verbale.

Conclusion

Ce 6^{ème} examen neuropsychologique retrouve le ralentissement, notamment moteur manuel droit et les troubles de l'attention avec sensibilité aux interférences, ainsi que la fatigabilité ; symptomatologie décrite dès 2005 et est discrètement péjorée.

S'y associent aujourd'hui l'apparition d'une dysfonction exécutive dominée par une réduction de la flexibilité mentale et des troubles mnésiques antérogrades sévères se manifestant essentiellement en modalité verbale.

Nous n'avons pas d'indice suggérant un défaut de collaboration.

Nous ne pouvons exclure que la consommation abusive d'alcool rende compte, tout au moins en partie, de l'aggravation du tableau chez une patiente qui présente de possibles troubles de l'humeur et dont l'anamnèse suggère un état d'épuisement progressif que nous relevions déjà en 2005.

Au vu des troubles cognitifs actuels, nous retenons une incapacité de travail complète dans l'activité précédemment exercée, à savoir assistante de projet ou coordinatrice. Dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50% nous paraît pouvoir être retenue.

Enfin, mentionnons que les projets de réorientation professionnelle de Madame I. _____ ne nous paraissent pas compatibles avec ses ressources cognitives, qui sont de nature à limiter de manière significative ses capacités d'apprentissage.

Consultation de psychiatrie du 16.02.2016 (Dr D. _____)

[...]

Status

Il s'agit d'une femme de 55 ans faisant son âge, à l'hygiène et l'habillement conservés sans recherche particulière, le visage

présentant les stigmates d'une consommation éthylique chronique, sans foetor. Il y a un important ralentissement psychomoteur avec en particulier une dysarthrie bucco-faciale avec élocution pâteuse évoquant les effets secondaires d'une imprégnation neuroleptique. Le langage est parfois imprécis avec des mots légèrement inadéquats ou approximatifs. On n'observe pas de trouble de l'orientation. La fatigabilité est perceptible au cours de l'entretien avec en fin d'entretien des arrêts et des pertes momentanées du focus. Le contact est assez distant avec un discours qui reste peu abondant et peu participatif. Les informations restent très centrées sur les éléments factuels avec beaucoup de difficultés à redonner les repères temporels. L'évocation des affects se fait difficilement et de manière parfois confuse avec des propos accusateurs. Il n'y a pas d'autocritique ou de mise en perspective dans le cadre d'un discours essentiellement projectif. La thymie est sur le versant dépressif.

Hormis les plaintes somatiques, l'expertisée se plaint d'une perte de courage, d'anxiété, de fatigue, de perte d'élan vital, de relatives phobies sociales.

Diagnosics (CIM-10)

- Troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente F10.20
- Troubles de la personnalité de type borderline F60.31
- Dysthymie F34.1

Discussion

L'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir les diagnostics de troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, troubles de la personnalité de type borderline et de dysthymie. Depuis novembre 2012 environ, on constate une aggravation de l'état de santé psychique avec les comorbidités présentes de longue date à savoir les troubles cités plus haut. En ce qui concerne la consommation alcoolique, celle-ci est clairement secondaire à la fois aux troubles de la personnalité et à la dysthymie. En effet, la consommation est certes présente de longue date mais s'est aggravée en deux temps : en 2010 suite à un problème rencontré au travail résultant en une décompensation dépressive puis en 2012 à la suite encore de l'impact de plusieurs facteurs de stress, à savoir une rupture affective, des problèmes professionnels et des déconvenues face à l'Al. Finalement, alors que l'abstinence était présente depuis des dernières hospitalisations en 2014, la rechute alcoolique a été provoquée fin 2015 par l'angoisse ressentie à ce moment à la perspective des entretiens pour la présente expertise.

La dysthymie se signale par une anxiété et une insécurité de fond et entraîne des décompensations dépressives et des recours massifs à l'alcool. Les troubles de la personnalité qui ont singulièrement pesé sur la trajectoire professionnelle et affective de l'expertisée aggravent le tableau avec les difficultés relationnelles, la labilité affective et la fragilité émotionnelle avec recours à l'alcool.

Au moment de l'entretien pour ce présent rapport, l'expertisée était sous l'effet important de la médication psychotrope qui comprenait, comme effets indésirables et limitants, un ralentissement psychomoteur important ainsi qu'une dysarthrie. Selon l'expertisée, cette médication pourra être modifiée avec l'abandon de certaines molécules dans les prochaines semaines.

L'ensemble de la pathologie psychiatrique accompagné des effets secondaires du traitement, entraîne actuellement une limitation de la capacité de travail qui s'élève à notre avis de l'ordre de 30% au moins. Cette limitation de la capacité de travail pour motifs psychiatriques pourra éventuellement avoir un effet cumulatif sur la capacité de travail compte tenu des autres pathologies somatiques.

Consultation de neurologie du 18.02.2016 (Dr [...])

[...]

Appréciation

[...]

Sur le plan neurologique, nous allons donc essentiellement apprécier les répercussions d'un hémisyndrome sensitif droit, sans tenir compte d'une éventuelle composante neuropsychologique discutée ailleurs.

En effet, cette assurée est connue depuis 1982 pour un hémisyndrome sensitif droit.

Subjectivement, l'assurée mentionne surtout une sensation de maladresse de la main droite, un manque de dextérité de la main droite, mais il n'y a pas de paresthésie, ni de douleur neuropathique. Dès lors, les troubles de la dextérité se répercutent sur plusieurs activités de la vie quotidienne, ainsi qu'au niveau professionnel, mais essentiellement sur la capacité à frapper au clavier. Il existe donc une lenteur à la frappe, qui n'a pas empêché l'assurée à obtenir son CFC d'employée de commerce, mais qui ne lui a pas permis de passer l'examen pour devenir assistante aux [...].

Objectivement, on met en effet en évidence un hémisyndrome sensitif tacto-algique de tout l'hémicorps droit, intéressant également le sens postural, mais avec préservation des modalités thermiques et de la pallesthésie. Pour le reste le status est normal.

Sur le plan neuroradiologique, l'IRM à disposition met en évidence une lésion pariétale gauche, compatible avec un ramollissement. Il n'y a pas d'élément en faveur d'une ancienne hémorragie, et dès lors les hypothèses d'une éventuelle chute peu après la naissance, ou de coup reçu dans l'enfance, semblent peu probables. Le tableau neuroradiologique est compatible avec l'atteinte sensitive clinique. A noter que le caractère proportionnel est homogène de l'hémisyndrome sensitif, à savoir qu'il concerne de manière homogène l'ensemble des membres supérieur et inférieur, le tronc jusqu'à la ligne médiane, est un peu atypique et on se serait plutôt attendu à une atteinte prédominant en distalité aux membres supérieur et inférieur.

Il n'y a toutefois pas d'incohérence majeure, et les plaintes de cette assurée, en particulier les troubles de la dextérité manuelle de la

main droite déplorés, sont en adéquation avec les anomalies objectives.

Au total, au plan neurologique il convient de retenir le diagnostic d'un hémisyndrome sensitif droit dans le cadre d'un ramollissement pariétal gauche périnatal.

Les limitations fonctionnelles sont liées à une diminution de la dextérité de la main droite, qui interfère surtout au plan professionnel avec la vitesse de frappe au clavier, et peut-être quelques autres activités, par exemple lorsque l'assurée doit chercher une feuille dans une pile.

L'activité d'employée de commerce est adaptée toutefois au handicap, mais il convient d'éviter les postes dans lesquels la frappe est déterminante. Dans les autres situations, il convient de retenir une baisse de rendement de 10% en lien avec l'atteinte neurologique.

Consultation d'ophtalmologie du 15.02.2016 (Dre [...])

Diagnostics ophtalmologiques

Glaucome pseudo-exfoliatif:

- Terminal de l'œil gauche:

o Sclérectomie profonde avec implant de collagène et application de Mitomycine C le 13 février 2013 [recte : 2012] puis d'une goniopuncture au laser YAG le 26 mars 2012

- En progression de l'œil droit:

o Sclérectomie profonde avec implant de collagène et application de Mitomycine C le 17 décembre 2015

[...]

Diagnostic

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

OD: glaucome pseudo-exfoliatif en progression avec péjoration aiguë du champ visuel depuis le 2.12.2015, un taux de fiabilité passant de 11.7 le 2.12.2015 à 26.6 le 15.02.2016 et une discordance entre le champ visuel automatisé de l'œil droit et le champ visuel binoculaire et par confrontation du même œil. Le taux de fiabilité du champ visuel de l'œil droit est inférieur à celui de l'œil gauche, ce qui, physiologiquement, est impossible au vu de l'atteinte terminale de l'œil gauche. Acuité visuelle de 0.7. J'évoque lors de la consultation cette discordance à la patiente qui met cette diminution de capacité sur le compte du stress et signale des angoisses prononcées occasionnées par la crainte d'un refus de prise en charge AI.

OG: glaucome pseudo-exfoliatif terminal avec atteinte massive du champ visuel, subsistance d'un îlot de vision centrale et préservation d'une acuité visuelle à 0.6.

Appréciation du cas et pronostic

Madame I. _____ souffre donc d'un glaucome pseudo-exfoliatif terminal à l'œil gauche où le champ visuel est massivement atteint.

La vision centrale est préservée à 0.6. Son œil droit, par contre, présente une acuité visuelle de 0.8 et un champ visuel nettement péjoré par rapport au dernier examen du 2.12.2015 discordant avec son champ de vision binoculaire et par confrontation. Il est évident que l'atteinte massive de l'œil gauche restreint son champ visuel du côté gauche, ce qui peut l'empêcher de percevoir les objets arrivant de ce côté et l'importante réduction de son champ visuel de l'œil gauche pourrait effectivement entraîner une gêne. Il est plus compliqué de se prononcer sur l'atteinte campimétrique de son œil droit qui, certes, a pu évoluer défavorablement depuis 2013 [réd. : expertise ophtalmologique du Dr A. _____ du 4 septembre 2013], mais semble exagérément altéré le 15.02.2016, discordant avec les autres examens et très peu fiable. Il est évident que la qualité de l'examen dépend du degré d'attention et de coopération et que la patiente me signale être très angoissée le jour de l'examen. Le champ visuel binoculaire est nettement plus altéré qu'en 2013 et la patiente peut souffrir principalement d'une restriction temporale bilatérale dans sa vie quotidienne. Je ne dispose malheureusement pas d'éléments objectifs évolutifs comparatifs plus subtils tels qu'une péjoration de l'amincissement de la couche des fibres nerveuses rétiniennes ou de la couche des cellules ganglionnaires dans le dossier de l'hôpital ophtalmique depuis 2013.

Madame I. _____ décrit une fatigabilité accrue à la lecture et au travail à l'écran d'ordinateur. Certains patients sont gênés par l'asymétrie fonctionnelle entre les deux yeux et la patiente ressent une péjoration fonctionnelle lentement progressive concordant avec la symptomatologie glaucomateuse. En outre, la fatigabilité décrite pourrait évidemment être modifiée par la labilité émotionnelle de cette patiente connue pour des épisodes dépressifs à répétition et un important trouble anxieux.

Enfin, Madame I. _____ ne conduit plus depuis 2012 et attend une réponse du bureau des automobiles pour une prise en charge de cours de conduite avec le [...] pour patients avec champ visuel réduit afin d'obtenir une éventuelle dérogation. Selon les résultats du jour, elle remplit les critères d'acuité visuelle pour la conduite automobile du groupe III, mais son champ visuel binoculaire horizontal est insuffisant.

D'un point de vue professionnel, la patiente souhaiterait pouvoir retrouver du travail, son inactivité étant extrêmement pesante pour elle, tant psychologiquement que financièrement. Elle souhaite une reconnaissance de ses handicaps visuel et neurologique et une réinsertion professionnelle entre 40 et 60% dans un domaine correspondant à ses capacités. A noter que la patiente m'a rappelée après son expertise ophtalmologique, pour que je retire de ce rapport le taux d'activité souhaité et quantifié par ses soins.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Au plan physique

On note une acuité visuelle diminuée du côté gauche à 0.6, alors qu'elle est de 0.8 à l'œil droit, ce qui peut rendre difficile des travaux

nécessitant une excellente acuité visuelle bilatérale, ainsi qu'une vision stéréoscopique fine. D'autre part on note comme déjà évoqué précédemment une importante réduction du champ visuel de l'œil gauche connue, et une probable progression de l'altération du champ visuel de l'œil droit difficilement quantifiable. Le champ visuel binoculaire s'est altéré de façon significative depuis 2013 [réd. : expertise ophtalmologique du Dr A. _____ du 4 septembre 2013] tant sur le plan horizontal que vertical. Ces altérations campimétriques engendrent des mouvements compensatoires oculaires et du chef. Ce phénomène compensatoire demande donc un état de vigilance accru pouvant provoquer une fatigabilité lors des efforts visuels.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

Madame I. _____ a toujours effectué des travaux nécessitant de longues heures de lecture, sur papier ou devant des écrans d'ordinateurs, et ces troubles visuels peuvent entraîner une fatigabilité et une diminution du rendement de travail. L'acuité visuelle résiduelle, ainsi que son champ de vision binoculaire peuvent donc entraîner une gêne, ressentie variablement selon les patients, mais ne l'empêche pas formellement d'effectuer les tâches susmentionnées.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

D'un point de vue ophtalmologique, il est extrêmement difficile de se prononcer de manière précise sur une quantification de capacité de travail. En effet, le ressenti subjectif de patients présentant le même type d'altération est extrêmement variable inter-individuellement. Certains patients présentant les mêmes symptômes poursuivent leur activité sans gêne particulière et d'autres se disent gênés. Chez Madame I. _____, il semblerait que cela entraîne une fatigabilité accrue, qui peut également être potentialisée par son syndrome anxio-dépressif. Je ne suis donc pas en mesure de déterminer précisément sa capacité de travail, et propose donc de tenter une reprise d'une activité professionnelle, comme le désire la patiente, afin de pouvoir déterminer sa résistance dans une situation concrète.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible?

D'un point de vue ophtalmologique, cette activité est tout à fait exigible, en tenant compte des capacités de résistance et d'un rendement possiblement diminués que je propose de tester de manière concrète en simulant une journée de travail.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Voir ci-dessus.

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

Les problèmes visuels ont été découverts au début de l'année 2012 lors d'un épisode aigu de douleurs péri-orbitaires, de céphalées frontales et de vomissement. La baisse de vision de l'œil gauche, ainsi que l'atteinte campimétrique terminale de cet œil n'ont été mis en évidence qu'à ce moment. Ceci est tout à fait typique des glaucomes qui provoquent une atteinte du champ visuel progressive dont le patient est inconscient jusqu'à un stade terminal malheureusement. La patiente ne travaille plus depuis la fin de l'année 2010, c'est-à-dire antérieurement à la mise en évidence de ses troubles visuels.

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

Depuis la découverte du glaucome pseudo-exfoliatif, la pression oculaire de l'œil gauche a rapidement été contrôlée, l'acuité visuelle centrale est restée stable, mais le champ visuel de ce même œil s'est péjoré par rapport aux examens de 2013, ne laissant qu'un îlot central résiduel. A l'œil droit, l'acuité visuelle est inchangée et la tension oculaire stabilisée depuis la dernière intervention. On note une progression de la restriction concentrique du champ visuel de l'œil droit, dont la part physiologique par rapport à la part émotive est difficile à quantifier. Le degré d'incapacité de travail a donc pu évoluer depuis la découverte et le traitement de son problème oculaire, mais elle est difficilement quantifiable, car subjective et variable d'un patient à l'autre.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui dans quel délai? Si non pour quelles raisons?

Du point de vue oculaire, il n'existe aucune contre-indication à des mesures de réadaptation professionnelle qui sont tout à fait envisageable sans délai.

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

Aucun appareillage spécifique ne peut améliorer le champ visuel de la patiente, cependant il est important qu'elle ait des verres correcteurs ou des lentilles de contact bien adaptés, afin de limiter au maximum la sensation de fatigue oculaire et d'éviter tout effort accommodatif surajouté.

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

D'un point de vue oculaire, la seule limitation que l'on pourrait évoquer concernerait des activités professionnelles nécessitant un champ visuel horizontal parfaitement normal et/ou des activités la mettant à risque de recevoir des objets en provenance des deux côtés. La vision stéréoscopique fine peut également être altérée. Pour les travaux de bureau, aucune limitation n'est à noter du point de vue visuel, en tenant compte de la possible fatigabilité augmentée décrite ci-dessus.

DIAGNOSTICS

Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Trouble de la personnalité de type borderline depuis l'adolescence F 60.31
- Dysthymie F 34.1
- Troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool depuis l'âge de 30 ans F 10.20
- Hémisyndrome sensitif droit secondaire à un ramollissement pariétal gauche périnatal G 83.9
- Persistance de signes de souffrance hémisphérique gauche séquellaires et apparition de troubles dysexécutifs et mnésiques antérogrades en modalité verbale F 06.7
- Glaucome pseudoexfoliatif H 40.2
 - o Status post sclérectomie profonde avec pose d'un implant de collagène et mitomycine C le 13.02.2013 [recte : 2012] sur l'œil gauche avec une goniopuncture au laser YAG le 26.03.2012
 - o Status post sclérectomie profonde sur œil droit avec implant de collagène et application de Mitomycine C le 17 décembre 2015.

APPRECIATION DU CAS

[...]

Du point de vue médecine interne, nous nous sommes interrogés sur la reprise d'une alcoolisation de Madame I. _____ au vu de son haleine lors de la consultation, de sa lenteur d'idéation et de son phrasé hésitant lors de notre entretien. L'expertisée a indiqué avoir repris sa consommation du fait de l'anxiété créée par les entretiens programmés et avoir bu deux verres de vin avant de venir en expertise. Un bilan sanguin a été pratiqué à la fin de notre examen. L'alcoolémie est revenue négative (compatible avec l'absorption et l'élimination de deux verres de vin quelques heures avant l'expertise) et permet de conclure que la dysarthrie de Madame I. _____ était à mettre sur le compte de sa médication psychotrope. Le taux de CDT à 7.5% (normes <1.63) indique à nouveau une consommation alcoolique excessive depuis au moins une semaine.

Du point de vue neurologique, Madame I. _____ mentionne depuis un traumatisme crânien périnatal, une maladresse avec manque de dextérité de la main droite tant dans les gestes de la vie quotidienne que dans la vie professionnelle avec en particulier un manque de rapidité dans la frappe sur clavier d'ordinateur. A l'examen clinique nous objectivons un hémisyndrome sensitif tacto-algique de tout l'hémicorps droit intéressant également le sens postural mais avec une pallesthésie et une discrimination thermique préservées. L'IRM cérébrale de 2011 montre une lésion pariétale gauche compatible avec un ramollissement cérébral sans argument pour une hémorragie traumatique ancienne, pouvant expliquer les anomalies cliniques objectives retrouvées. Nous retenons donc le diagnostic d'hémisyndrome sensitif droit secondaire à un ramollissement pariétal gauche périnatal. Cette pathologie neurologique est à l'origine d'une diminution de la dextérité et d'un manque de rapidité manuelle droite. L'activité d'employée de commerce est considérée comme toujours adaptée à l'état de santé de Madame I. _____ si la

vitesse de frappe sur clavier n'est pas déterminante. Nous évaluons la baisse de rendement dans cette activité à 10%.

Du point de vue ophtalmologique, le contrôle tensionnel de l'œil droit s'est aggravé en décembre 2015 et la patiente a été opérée par le Professeur U._____ d'une sclérectomie profonde avec implant de collagène et application de Mitomycine C le 17 décembre 2015. A l'examen, on note une acuité visuelle diminuée du côté gauche à 0.6, alors qu'elle est de 0.8 à l'œil droit, ce qui peut rendre difficile des travaux nécessitant une excellente acuité visuelle bilatérale, ainsi qu'une vision stéréoscopique fine. D'autre part on note comme déjà évoqué précédemment, une importante réduction du champ visuel de l'œil gauche connue, et une probable progression de l'altération du champ visuel de l'œil droit difficilement quantifiable en raison du manque de cohérence des examens, chez une expertisée connue pour une anxiété et une labilité émotionnelle. Le champ visuel binoculaire s'est altéré de façon significative depuis 2013 [réf. : expertise ophtalmologique du Dr A._____ du 4 septembre 2013] tant sur le plan horizontal que vertical. Ces altérations campimétriques engendrent des mouvements compensatoires oculaires et du chef. Ce phénomène compensatoire demande donc un état de vigilance accru pouvant provoquer une fatigabilité lors des efforts visuels. Les limitations fonctionnelles retenues concernent les activités professionnelles nécessitant un champ visuel horizontal parfaitement normal et/ou des activités pouvant comporter un risque de recevoir des objets en provenance des deux côtés. La vision stéréoscopique fine peut également être altérée. Pour les travaux de bureau, aucune limitation n'est à noter du point de vue visuel, en tenant compte de la possible fatigabilité augmentée décrite ci-dessus. Il ne nous est pas possible du seul point de vue ophtalmologique de définir une capacité de travail.

Du point de vue psychiatrique, nous retenons les diagnostics de troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, trouble de la personnalité de type borderline et de dysthymie. Le Dr P._____ retenait dans son rapport d'expertise du 18.02.2014, le diagnostic de trait de personnalité borderline, n'ayant donc pas valeur de maladie, s'appuyant sur la capacité de l'expertisée à garder des emplois stables et un réseau amical stable. Pour notre part, comme le Dr G._____ en 2007, nous considérons le parcours professionnel de Madame I._____ comme particulièrement chaotique, le trouble de la personnalité pesant lourdement sur sa trajectoire, avec une succession de postes de travail temporaires, entrecoupés par la prise en charge des parents malades pourtant décrits comme responsables de maltraitance, par une année sabbatique et par une formation aux Etats Unis non reconnue en Suisse. Les différents emplois sont marqués par des conflits avec les supérieurs. Il en est de même de la vie personnelle de l'expertisée avec plusieurs relations sentimentales de durées brèves. Les relations de l'expertisée avec sa sœur connaissent des hauts et des bas. En 2007, Madame I._____ indiquait qu'elles n'avaient plus aucune relation depuis 5 ans alors qu'elles se rencontrent maintenant toutes les semaines évoquant un mode de relations interpersonnelles instables. Le réseau amical est restreint à des amis américains avec qui elle communique sur internet. Ces faits traduisent pour nous des difficultés relationnelles, une instabilité avec labilité affective. Tous

les secteurs de la vie de l'expertisée sont de manière cohérente, impactés. Les loisirs, hormis la télévision, se limitent à une promenade avec une co-marcheuse, trouvée par le psychiatre traitant. Nous retenons le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline ayant valeur de maladie. Madame I._____ présente une grande labilité émotionnelle avec depuis 1980, plusieurs épisodes dépressifs correspondant à des décompensations d'une dysthymie. Celle-ci se manifeste essentiellement par une anxiété que Madame I._____ soulage par un recours massif à l'alcool. La consommation alcoolique présente de longue date, s'est aggravée en 2010 et 2012, périodes de décompensation dépressive et de problèmes professionnels. L'alcoolisme est pour nous clairement secondaire aux troubles de la personnalité dont l'addiction fait partie des critères de définition et à la dysthymie de Mme I._____. Ainsi l'expertisée, après sa post cure de février 2015, est restée abstinente jusqu'à quelques jours avant l'expertise, examen qui a entraîné une recrudescence de l'anxiété. Les différentes pathologies psychiatriques amoindrissent fortement les ressources de l'expertisée. Madame I._____ bénéficie d'une prise en charge psychiatrique conduite dans les règles de l'art et à laquelle elle adhère. Elle présente cependant des effets secondaires des psychotropes prescrits avec un ralentissement idéomoteur et une dysarthrie. Du fait de l'ensemble des pathologies psychiatriques et des effets secondaires du traitement, nous retenons du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail d'au moins 30%.

Les tests neuropsychologiques retrouvent le ralentissement manuel moteur droit et des troubles de l'attention notés depuis les premiers tests en 1982 avec une fatigabilité qui s'est aggravée depuis 2005. Sont apparus depuis le dernier examen, une dysfonction exécutive avec réduction de la flexibilité mentale et des troubles mnésiques antérogrades sévères surtout en modalité verbale. La consommation alcoolique peut en partie expliquer la dégradation des résultats aux tests mais également le trouble de l'humeur et l'épuisement progressif que nous relevons depuis 2005. Du fait des troubles cognitifs constatés, nous retenons une incapacité de travail complète dans l'activité d'assistante de projet. Dans une activité adaptée, sans sollicitation de la mémoire, sans rendement, sans nécessité d'une grande concentration, dans un environnement peu bruyant et sans nécessité de mouvements rapides avec la main droite, la capacité de travail de Madame I._____ est estimée à 50%. Les projets de réorientation professionnelle de l'expertisée ne nous paraissent pas compatibles avec ses ressources cognitives.

Après discussion collégiale et en prenant en compte les différentes pathologies de l'expertisée, l'hémisyndrome sensitif droit, le glaucome bilatéral avec amputation du champ visuel surtout de l'œil gauche, qui comme l'indique Madame Q._____, neurologue consultée en juillet 2014, peut expliquer les sensations d'instabilité décrites par Madame I._____, des troubles psychiatriques et des troubles cognitifs nouvellement objectivés mais dont la datation d'apparition ne peut être effectuée (depuis les précédents tests en 2005), nous considérons que la capacité de travail de l'expertisée est devenue nulle dans son activité habituelle depuis la mise en évidence d'une amputation du champ visuel secondaire à la survenue d'un glaucome pseudo exfoliatif sur l'œil gauche le

13.02.2013 [recte : 2012]. Cette capacité est estimée à 50% dans une activité adaptée dès la même date.

REPONSES AUX QUESTIONS

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

La capacité de travail de l'expertisée est nulle dans son activité habituelle.

- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*

Une baisse de rendement de 30% a été reconnue à Madame I. _____ dans son activité habituelle depuis 2003.

- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*
 - Cette capacité est devenue nulle depuis le 13.02.2013 [recte : 2012]

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail est définitive.

[...]

- *Un reclassement professionnel est-il judicieux ?*

Les projets de réorientation professionnelle de Mme I. _____, ne nous semblent pas compatibles avec ses ressources cognitives.

- *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient) :*

Position de travail (debout, assis, etc.)

Horaire : à plein temps à mi-temps autres

Port de charges :

Travaux lourds :

Marche :

Nuisances diverses : milieu peu bruyant en raison des difficultés de concentration

Conditions de travail (milieu ouvert, protégé) :

Niveau de formation :

Capacité d'apprendre :

Motivation :

Autres : diminution de la résistance au stress, pas de travail nécessitant un rendement, pas de nécessité d'une concentration et d'une attention soutenue, pas de nécessité de gestes rapides de la main droite, pas de travail nécessitant un champ visuel horizontal normal ou dans lequel des objets potentiellement dangereux apparaissent sur la gauche.

[...]

- *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté ?*

La capacité de travail de Madame I. _____ est estimée à 50%

- *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Le 13.02.2013 [recte : 2012]"

E. Par courrier du 23 mai 2016, en se fondant sur un avis du SMR du 10 mai 2016, l'OAI a indiqué qu'il suivait l'avis du SMR sur le fait que l'appréciation des experts ne pouvait être suivie comme telle quant à l'aptitude au travail de la recourante. Par contre, l'office ne s'alignait pas sur l'évaluation de la capacité de travail réalisée par le SMR, se limitant à observer que l'analyse des experts portant sur le thème litigieux n'était pas convaincante.

Il ressort de l'avis du SMR (Dr K. _____, FMH médecine interne) du 10 mai 2016 notamment ce qui suit :

“En ce qui concerne la consultation de neuropsychologie, le SMR estime que l'assurée devait être sous l'influence de l'alcool au moment de l'examen de sorte que l'apparition de troubles dysexécutifs et mnésiques antérogrades en modalité verbale ne représente pas un constat susceptible de durer en cas d'abstinence alcoolique ou de diminution de la médication psychotrope. En conséquence, le Dr K. _____ ne retient que l'expertise du Prof. F. _____ de 2005 (CT 100 % avec diminution de rendement 20%), qui était superposable aux examens de 1982, 1990, 1997 et 2003, les modifications observées par les experts en plus des signes de souffrance hémisphérique gauche séquellaire ne peuvent être considérées avec fiabilité comme une aggravation chronique. La consultation psychiatrique se situe dans les évaluations précédentes et atteste une CT [capacité de travail] de 70 %. La consultation neurologique atteste une baisse de rendement de 10 % sur une CT de 100%.

En ce qui concerne la consultation d'ophtalmologie, le médecin relève qu'elle s'est faite dans le même service qui suit l'assurée, ayant été recommandé que les examinateurs soient différents des ophtalmologues traitants. Si cela ne semble pas avoir posé de problème à l'administration de l'OAI, le SMR n'a pas été consulté sur ce fait et émet des doutes sur le degré de confiance que l'assurée aurait pu investir auprès d'une institution dont un des membres, même habituellement pas en charge de son cas, aurait pris position en sa défaveur lors d'une expertise. En témoigne du fait la difficulté de l'expert à se prononcer, retenant un 40-60%, à tenter, selon les déclarations attribuées à l'expertisée. On retrouve également un risque malsain de concussion de la part de l'assurée tentant d'influencer l'expert en lui demandant de retirer ladite évaluation de son rapport. Enfin, il faut relever que si une IT [incapacité de travail] de 50 %, voie médiane entre 40-60%, peut être retenue sur le plan

ophtalmologique, ce ne saurait être depuis le 13.2.2013 [recte : 2012], étant donné que l'expertise du 4.9.2013 lui est plus tardive et avait montré en page 2/4 « un champ visuel peu atteint lui permettant d'obtenir un champ visuel binoculaire quasiment normal ». En effet, l'œil droit avec une acuité visuelle normale et un champ peu atteint fournissait une compensation. L'activité habituelle était considérée comme « tout à fait exigible avec un rendement possiblement diminué. » Enfin, le rôle de l'alcoolisme sur la diminution du champ visuel est bien connu en médecine du trafic et n'a pas été abordé par les experts le 15.2.2016, alors que l'expertisée aurait pu prendre de l'alcool, comme elle l'a annoncé lors d'une des expertises. Nous devons nous distancer de la date choisie par les experts en 2013 [recte : 2012], dans la mesure où en septembre 2013, la réduction horizontale était qualifiée de légère à l'œil gauche. Nous ne pouvons donc pas retenir comme début d'IT à 50 % la date du 13.2.2013 [recte : 2012] et n'avons comme seule date certaine que la date de l'expertise et du status du 15.2.2016.

Ainsi, validant l'ensemble des diagnostics émis, nous concluons de la manière suivante :

Début IT durable : janvier 2016 (est pris en compte la péjoration du champ visuel de l'œil droit selon la lettre du Dr U. _____ du 14.12.2015).

Evolution de l'IT : 50 %

Capacité de travail :

- Activité habituelle : 50 %
- Activité adaptée : 40-60 %

Limitations fonctionnelles : diminution de la dextérité de la main droite, fatigabilité secondaire à l'attention nécessitée sur le plan ophtalmologique et neuropsychologique, diminution importante du champ visuel à gauche, pas de nécessité de vision stéréoscopique, la conduite d'un véhicule professionnel n'est pas possible."

Par déterminations du 24 juin 2016, la recourante a relevé ce qui suit :

“Le rapport de la PMU atteste une invalidité qui se justifie non pas seulement en raison des problèmes psychiatriques et ophtalmologiques que l'Office a investigués mais encore en raison de troubles neuropsychologiques et neurologiques lourds. Les experts de la PMU concluent à une incapacité de travail de 50%. Cette conclusion est pour le moins étonnante alors que, sur le plan neuropsychologique, l'incapacité de l'assurée a été estimée à 50%, qu'elle est évaluée à 30% sur le plan psychiatrique et qu'une diminution de rendement de 10% est retenue par le neurologue alors que, de son côté, l'ophtalmologue évoque une fatigabilité accrue à tout le moins. Certes, l'invalidité d'un assuré n'est pas forcément la somme des différentes incapacités que chaque affection entraîne. A suivre la pure mathématique, l'incapacité de la recourante serait d'au moins 80% en raison de ses troubles

neuropsychologiques (50%), psychiatriques (30%) et neurologiques (10%). Il n'en reste pas moins que la conclusion des experts de la PMU interpelle. Cela est d'autant plus vrai que l'expert psychiatre estime l'incapacité de travail de l'assurée à 30% au moins tout en précisant : *"Cette limitation de la capacité de travail pour motifs psychiatriques pourra éventuellement avoir un effet cumulatif sur la capacité de travail compte tenu des autres pathologies somatiques"* (rapport p. 18).

[...]

S'il n'est pas contesté que la recourante rencontre de manière chronique et de très longue date des problèmes d'alcoolisation, il est également avéré que ceux-ci n'interfèrent en rien sur les autres problèmes notamment psychiatriques diagnostiqués. Les experts de la PMU le relèvent expressément: *"En ce qui concerne la consommation alcoolique, celle-ci est clairement secondaire à la fois aux troubles de la personnalité et à la dysthymie. En effet, la consommation est certes présente de longue date mais s'est aggravée en deux temps: en 2010 à la suite d'un problème de travail résultant en une décompensation dépressive, puis en 2012 à la suite encore de l'impact de plusieurs facteurs de stress, à savoir une rupture affective, de problèmes professionnels et des déconvenues face à l'Al."*

En conclusion, le rapport des experts de la PMU atteste du mal fondé de la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité. Les problèmes de santé de la recourante l'empêchent totalement de reprendre l'activité professionnelle qui était la sienne précédemment et réduisent de manière très conséquente sa capacité dans une activité adaptée. Elle conclut qu'il y aurait lieu d'interpeller les experts sur le taux de 50% d'incapacité de travail qu'ils retiennent finalement, si distant des différentes incapacités relevées par chacun d'eux dans leur domaine de spécialisation alors même que l'effet cumulatif notamment des troubles psychiatriques a été relevé. Les conclusions des experts sur ce point-là apparaissent peu compréhensibles à la lecture des considérations qu'ils ont développées tout au long de leur rapport."

A l'appui de ses déterminations, la recourante produit des rapports des Drs I. _____ et R. _____.

Il ressort ce qui suit du rapport du Dr I. _____ du 17 mai 2016 :

"J'ai pris connaissance du rapport d'expertise daté du 19.04.2016. Je dois porter plusieurs objections aux conclusions du rapport.

Tout d'abord, concernant l'évaluation psychiatrique, il manque les diagnostics de trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel étant sévère sans symptôme psychotique F33.2. La consommation aiguë d'alcool est déclenchée par l'anxiété déclenchée par la nécessité pour elle d'effectuer cette expertise, le trouble dépressif est bien présent également durant les longues périodes d'abstinence. De même il n'est nullement tenu compte du trouble anxieux, qui est

présent avec des épisodes d'anxiété paroxystiques F41.0, trouble également présent durant les périodes d'abstinence.

Pour la partie neurologique, il n'est aucunement fait mention de l'impact sur le plan cognitif et de la vulnérabilité liée aux lésions cérébrales, avec la souffrance hémisphérique gauche séquellaire avec troubles dyséxécutifs antérogrades en modalité verbale.

Il est demandé au point B.2.3. de tester de manière concrète la capacité de travail pour évaluer le rendement, cela a déjà été effectué sur plusieurs semaines, il a été conclu que la patiente présente une limitation de la capacité de travail en raison des céphalées déclenchées par un travail fait devant un ordinateur après 30-45 min, il n'est plus possible pour elle de poursuivre cette activité plus longtemps.

Compte tenu de ces points, je ne comprends pas que dans la conclusion, à la page 32, il est estimé que la capacité de travail de la patiente soit estimée à 50 %. Ceci est contredit par l'essai qui a été fait durant plusieurs semaines, et s'est soldé par un échec. La rechute de consommation d'alcool actuelle est secondaire à la nécessité de lui faire repasser ces expertises et cela déclenche chez elle de très fortes angoisses qu'elle gère en consommant de l'alcool, malheureusement sa consommation d'alcool semble être particulièrement mise en avant dans ce rapport d'expertise, alors que depuis les années que je la suis cela n'est de loin pas le problème principal. Le cumul des problèmes neurologiques, psychiatriques, ophtalmologiques et neuropsychologiques, avec leur intrication et les interactions que ces systèmes ont entre eux, en particulier la potentialisation des difficultés et la fatigabilité exacerbée, fait que la capacité de travail est actuellement nulle et cela depuis plusieurs années. Encore une fois ceci a été confirmé par les essais de mesures de réinsertions qui ont systématiquement abouti à des échecs. Je maintiens donc que la capacité de travail est de 0 % en raison de ses problèmes médicaux et que les difficultés engendrées par ses problèmes financiers notamment seraient fortement limités avec une rente invalidité à 100 %."

Le rapport du Dr R._____, spécialiste FMH en médecine interne, du 27 mai 2016, est ainsi libellé :

"Je soussigné certifie suivre la patiente susmentionnée comme médecin traitant.

Ayant pris connaissance du rapport d'expertise du 19.04.2016, je me permets de me joindre à l'avis du Dr I._____, en m'objectant à la conclusion de ce rapport.

En effet, on ne tient nullement compte du trouble anxieux avec des épisodes paroxystiques.

A chaque fois que nous avons essayé une réintroduction professionnelle, nous avons décompensé son trouble anxieux accompagné d'une reprise de sa consommation d'alcool.

Pour moi la capacité de travail de Madame I._____ est de 0%.

Le travail énorme de suivi du Dr. I. _____, psychiatre, permet de lui garder la tête hors de l'eau mais c'est comme remplir un tonneau percé (Danaïde).

En mon humble avis de généraliste Madame fait partie des cas irrécupérables dont il est de notre devoir à tous de soutenir au mieux.”

Par déterminations du 11 juillet 2016, l'OAI s'est limité à constater qu'il avait lui-même émis des critiques à l'encontre de l'expertise de la PMU.

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'assurance-invalidité. 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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1

LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

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 (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008; cf. anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

3. 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc 6; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009]). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3).

En principe, le juge ne s'écarte 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 (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence citée). 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 (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une

aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2 et la référence citée). Par contre, lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres

possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

6. a) La recourante a déposé en 2003 une première demande de prestations AI pour une fatigabilité. Un syndrome hémicorporel droit brachio-facio-crural secondaire à un ramollissement pariétal gauche a été objectivé dans le service de neurologie des [...] en 1982. Différents tests neuropsychologiques ont été effectués et différents neurologues ont été consultés avec une évaluation de la capacité de travail fluctuant entre 70 à 80%. Une expertise psychiatrique a été effectuée par la Dresse G. _____ qui retient les diagnostics de personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensée et de dysthymie. La capacité de travail est estimée à 70%. L'OAI refuse alors d'allouer toute prestation de l'assurance-invalidité. Le 22 février 2011, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI. Ses médecins traitants indiquent une aggravation de l'état de santé avec un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, un glaucome bilatéral sévère avec perte du champ visuel importante de l'œil gauche. Elle est suivie depuis 2010 par le Dr I. _____ qui mentionne au mois d'août 2011 un état dépressif récurrent et atteste une incapacité de travail totale de sa patiente depuis octobre 2010, mais avec une reprise possible prochaine de son activité professionnelle à temps partiel. En janvier 2012, le Dr I. _____ indique une amélioration de l'état de santé de sa patiente mais sans modification de ses conclusions concernant la capacité de travail. Une expertise psychiatrique est effectuée par le Dr B. _____ qui retient en avril 2012 le diagnostic de dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail. Les 13 février 2012 et 26 mars 2012, la recourante est opérée d'un glaucome de l'œil gauche avec atteinte du champ visuel. En mai 2013, le Dr I. _____ annonce à l'OAI une aggravation de l'état de santé de sa patiente avec une hospitalisation pour un trouble anxieux avec prise d'alcool. Une nouvelle expertise psychiatrique est alors demandée au Dr P. _____, qui retient les diagnostics non incapacitants de dysthymie, de

troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, d'accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile. Une expertise ophtalmique a également été effectuée en septembre 2013, qui estime la capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec une baisse possible du rendement. L'OAI confirme son refus de prestations le 19 mai 2014.

Afin de déterminer les interactions entre les différentes atteintes que présente la recourante, une expertise judiciaire pluridisciplinaire est mise en œuvre auprès de la PMU. La PMU a procédé à un examen de médecine interne, un consilium neuropsychologique, ophtalmologique, psychiatrique et neurologique. Les conclusions du rapport ont ensuite été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire.

Les experts de la PMU ont retenu le 19 avril 2016 les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de trouble de la personnalité de type borderline depuis l'adolescence (F 60.31), dysthymie (F 34.1), troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool depuis l'âge de 30 ans (F 10.20), hémisyndrome sensitif droit secondaire à un ramollissement gauche périnatal (G 83.9), persistance de signes de souffrance hémisphérique gauche séquellaires et apparition de troubles dysexécutifs et mnésiques antérogrades en modalité verbale (F 06.7), glaucome pseudo exfoliatif - status post sclérectomie profonde avec pose d'un implant de collagène et mitomycine C le 13 février 2012 sur l'œil gauche avec une goniopuncture au laser YAG le 26 mars 2012 et status post sclérectomie profonde de l'œil droit avec implant de collagène et application de Mitomycine C le 17 décembre 2015 (H 40.2).

Après discussion collégiale et de synthèse, les experts ont conclu, en prenant en compte les différentes pathologies de la recourante, savoir l'hémisyndrome sensitif droit, le glaucome bilatéral avec amputation du champ visuel surtout de l'œil gauche - qui comme l'indique la Dresse Q._____, neurologue consultée en juillet 2014, peut expliquer les sensations d'instabilité décrites par l'assurée -, les troubles psychiatriques et les troubles cognitifs nouvellement objectivés, que la

capacité de travail de la recourante était devenue nulle dans son activité habituelle depuis la mise en évidence d'une amputation du champ visuel secondaire à la survenue d'un glaucome pseudo exfoliatif sur l'œil gauche le 13 février 2012. Cette capacité est estimée à 50% dans une activité adaptée dès la même date, soit une activité sans sollicitation de la mémoire, sans rendement, sans nécessité d'une grande concentration, dans un environnement peu bruyant et sans nécessité de mouvements rapides avec la main droite.

Sur le plan neuropsychologique, les experts de la PMU retiennent le diagnostic de persistance de signes de souffrance hémisphérique gauche séquellaires et de troubles dysexécutifs et mnésiques antérogrades en modalité verbale. Pour les experts, il en résulte des troubles cognitifs importants qui entraînent une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle de la recourante (assistante de projet ou coordonnatrice) et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Les experts retrouvent le ralentissement, notamment moteur manuel droit et les troubles de l'attention avec sensibilité aux interférences, ainsi que la fatigabilité; symptomatologie décrite dès 2005 et qui s'est aggravée depuis cette date. S'y associent depuis le dernier examen l'apparition d'une dysfonction exécutive dominée par une réduction de la flexibilité mentale et des troubles mnésiques antérogrades sévères se manifestant essentiellement en modalité verbale. Les experts, tout en relevant la bonne collaboration de l'expertisée, restent prudents dans leurs observations et notent qu'il ne peut être exclu que la consommation alcoolique puisse en partie expliquer la dégradation des résultats aux tests, mais que le trouble de l'humeur et l'épuisement progressif relevé depuis 2005 peuvent également en être la cause.

Sur le plan psychiatrique, les experts de la PMU retiennent les diagnostics de troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool (F10.20), de troubles de la personnalité de type borderline (F60.31) et de dysthymie (F34.1). Ils précisent que, depuis 2012 environ, une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée peut être constatée. Ils ajoutent que la consommation alcoolique est "clairement secondaire" à la fois aux

troubles de la personnalité et à la dysthymie. Contrairement aux constatations du Dr P. _____ qui retenait dans son rapport d'expertise du 18 février 2014 que le diagnostic de trait de personnalité borderline n'avait pas valeur de maladie - s'appuyant sur la capacité de l'expertisée à garder des emplois et un réseau amical stables -, ils constatent, comme le Dr G. _____ en 2007, que le parcours professionnel de l'assurée est particulièrement chaotique, le trouble de la personnalité pesant lourdement sur sa trajectoire, avec une succession de postes de travail temporaires, entrecoupés par la prise en charge des parents malades pourtant décrits comme responsables de maltraitance, par une année sabbatique et par une formation aux Etats Unis non reconnue en Suisse. Les différents emplois sont marqués par des conflits avec les supérieurs. Il en est de même de la vie personnelle de l'expertisée avec plusieurs relations sentimentales de durées brèves. Les relations de l'expertisée avec sa sœur connaissent des hauts et des bas. En 2007, l'assurée indiquait qu'elles n'avaient plus aucune relation depuis cinq ans alors qu'elles se rencontrent maintenant toutes les semaines évoquant un mode de relations interpersonnelles instables. Le réseau amical est restreint à des amis américains avec qui elle communique sur internet. Ces faits traduisent ainsi des difficultés relationnelles et une instabilité avec labilité affective. Selon les experts, la recourante présente une grande labilité émotionnelle avec depuis 1980 plusieurs épisodes dépressifs correspondant à des décompensations d'une dysthymie. Celle-ci se manifeste essentiellement par une anxiété qu'elle soulage par un recours massif à l'alcool. La consommation alcoolique présente de longue date, s'est aggravée en 2010 et 2012, périodes de décompensation dépressive et de problèmes professionnels. L'alcoolisme est ainsi clairement secondaire aux troubles de la personnalité dont l'addiction fait partie des critères de définition et à la dysthymie de l'assurée. Ainsi, après sa post cure de février 2015, elle est restée abstinente jusqu'à quelques jours avant l'expertise, examen qui a entraîné une recrudescence de l'anxiété. Les différentes pathologies psychiatriques amoindrissent ainsi fortement les ressources de l'expertisée. L'assurée bénéficie d'une prise en charge psychiatrique conduite dans les règles de l'art et à laquelle elle adhère. Elle présente cependant des effets secondaires des psychotropes prescrits

avec un ralentissement idéomoteur et une dysarthrie. Du fait de l'ensemble des pathologies psychiatriques et des effets secondaires du traitement, les experts retiennent du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail d'au moins 30%.

Sur le plan neurologique, les experts de la PMU posent le diagnostic d'un hémisyndrome sensitif droit secondaire à un ramollissement pariétal gauche périnatal. Il en résulte des limitations fonctionnelles sous la forme de la diminution de la dextérité de la main droite et, en conséquence, une baisse de rendement de 10% dans une activité du type de celle d'employée de commerce.

Sur le plan ophtalmologique enfin, les experts de la PMU retiennent le diagnostic de glaucome pseudo exfoliatif avec status post sclérectomie profonde avec pose d'un implant de collagène et mitomycine C le 13 février 2012 sur l'œil gauche avec une goniopuncture au laser YAG le 26 mars 2012 et status post sclérectomie profonde sur l'œil droit avec implant de collagène et application de mytomycine C le 17 décembre 2015. Ils ne se prononcent pas de manière catégorique sur l'incapacité de travail qui en résulte (40 à 60% à tester concrètement) mais relèvent que le phénomène compensatoire qu'implique le glaucome requiert un état de vigilance accrue pouvant provoquer une fatigabilité lors des efforts visuels et un rendement diminué. En outre, les experts observent que le champ visuel binoculaire est nettement plus altéré qu'en 2012 et la patiente peut souffrir principalement d'une restriction temporelle bilatérale dans sa vie quotidienne. Lorsque l'assurée décrit une fatigabilité accrue à la lecture et au travail à l'écran d'ordinateur, les experts exposent que certains patients sont gênés par l'asymétrie fonctionnelle entre les deux yeux et que la patiente ressent une péjoration fonctionnelle lentement progressive concordant avec la symptomatologie glaucomateuse. En outre, la fatigabilité décrite pourrait être modifiée par la labilité émotionnelle de cette patiente connue pour des épisodes dépressifs à répétition et un important trouble anxieux. Ces altérations campimétriques engendrent des mouvements compensatoires oculaires et du chef. Ce phénomène compensatoire demande donc un état de vigilance accru pouvant

provoquer une fatigabilité lors des efforts visuels. L'acuité visuelle résiduelle, ainsi que son champ de vision binoculaire peuvent donc entraîner une gêne, ressentie variablement selon les patients, mais ne l'empêche pas formellement d'effectuer son activité habituelle avec une baisse de rendement due à la fatigabilité. Comme l'expert A._____, l'expert [...] relève la difficulté de déterminer de manière précise la capacité de travail de la recourante qui dépend du ressenti de la personne par rapport à ces gênes oculaires ainsi que de l'interaction avec d'autres atteintes.

b) En l'occurrence, il n'y a pas de raison de douter de la valeur probante de l'expertise judiciaire du CHUV tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permet (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. 353). Or, les éléments évoqués par l'OAI ne sauraient constituer de tels indices. En effet, l'administration se fonde sur l'avis du SMR du 10 mai 2016 pour retenir que l'appréciation des experts sur la capacité de travail de l'assurée n'est pas convaincante. L'OAI s'écarte toutefois de ce même avis lorsque le SMR retient une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée à compter du 15 février 2016 (et non pas dès 2012, date retenue par les experts, car la réduction horizontale était qualifiée de légère à cette époque). Ainsi, l'OAI se distancie de l'incapacité de travail retenue par le SMR sans aucune explication.

Quant à l'avis du SMR, il reprend chaque pathologie distinctement, mais n'examine pas l'interaction entre ces divers diagnostics contrairement à l'expertise de la PMU. En ce qui concerne l'aggravation des troubles dysexécutifs et mnésiques, le Dr K._____ du SMR retient que cette aggravation n'est pas chronique et n'est due qu'à la consommation alcoolique et à la médication psychotrope de l'assurée comme l'attesteraient les experts de la PMU. Or, ce n'est ni les constatations des experts ni les conclusions de ceux-ci. Ils expliquent que l'assurée a bu deux verres de vin avant de se présenter à l'examen neuropsychologique en raison de son anxiété et que le bilan sanguin pratiqué à la fin de l'examen permet de retenir que l'alcoolémie est

revenue négative, ce qui est compatible avec l'absorption et l'élimination de deux verres de vin quelques heures avant l'expertise neuropsychologique, et de conclure que la dysarthrie est à mettre sur le compte de la médication psychotrope et non de l'alcoolisation. Par ailleurs, les experts sont restés prudents dans leurs conclusions en exposant que la consommation alcoolique - au demeurant secondaire aux troubles de la personnalité et à la dysthymie - pouvait en partie uniquement expliquer la dégradation des résultats aux tests neuropsychologiques, mais qu'il fallait avant tout tenir compte du trouble de l'humeur et de l'épuisement progressif relevé depuis 2005. Quant à la date de l'aggravation fixée au mois de février 2012, elle est également bien motivée par les experts, notamment quant à la progression de l'atteinte neuropsychologique. On relèvera au surplus que le Dr A. _____ relevait également en septembre 2013 que même si l'assurée présentait un champ visuel binoculaire quasiment normal, le ressenti pouvait être différent selon les patients et que la fatigabilité nécessaire à la correction de la vision pouvait être plus importante chez l'assurée connue pour des épisodes dépressifs à répétition et un important trouble anxieux. Il relevait également qu'il était difficile de cloisonner les atteintes de l'assurée, soit l'hémi-syndrome sensitivo-moteur droit, le syndrome anxio-dépressif soulagé par la consommation d'alcool et l'atteinte oculaire à l'œil gauche, qui sont interconnectées et majorent très vraisemblablement le ressenti de l'atteinte oculaire. A cela s'ajoute le fait que la recourante présente depuis 2012, à dire d'experts, une réduction importante du champ visuel de l'œil gauche, une progression probable de l'altération du champ visuel de l'œil droit difficilement quantifiable en raison de l'anxiété et de la labilité émotionnelle de l'assurée, et un phénomène de mouvements compensatoires oculaires en raison de ces altérations campimétriques demandant un état de vigilance accru et provoquant une fatigabilité lors des efforts visuels.

Au final, l'avis de l'OAI, insuffisamment motivé, tout comme les observations du SMR ne permettent pas de mettre en doute les conclusions des experts de la PMU.

Contrairement à ce que soutient la recourante, il ne s'agit pas non plus d'additionner les différents taux d'incapacité de travail retenus par les experts pour obtenir une incapacité de travail totale. Au contraire, il appartenait aux experts d'analyser de manière complète et détaillée les interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée et c'est précisément ce que les experts de la PMU ont fait. Quant au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, posé à différentes reprises par le Dr I._____, on constate que tous les avis des experts psychiatres (Drs G._____, B._____, P._____ et D._____), consultés dans ce dossier, concordent pour ne pas retenir ce diagnostic. Ces différents spécialistes s'accordent sur le diagnostic de dysthymie avec des périodes de décompensation et des périodes d'amélioration. Les experts ont également tenu compte du trouble anxieux dans leurs appréciations. Il s'ensuit qu'un complément d'expertise n'est pas nécessaire.

En conséquence, tous les éléments constitutifs d'une expertise probante ont bel et bien fait l'objet d'un traitement approprié. A cet égard, il convient de relever que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assurée et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que sont dûment motivées les conclusions des experts. Ils ont également posé des diagnostics en s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6) et ont examiné les différentes interactions des diagnostics entre eux. Dans ces circonstances, en l'absence de critique concrète ou fondée, on ne saurait s'écarter des conclusions des experts de la PMU.

L'assurée a présenté une baisse de rendement dans son activité habituelle depuis 2003/2005. Cette baisse de rendement de 20 à 30 % s'est maintenue jusqu'en 2012. Son état de santé s'est ensuite aggravé en février 2012. En effet, sa capacité de travail est devenue nulle dans son activité habituelle depuis la mise en évidence d'une amputation

du champ visuel secondaire à la survenue d'un glaucome pseudo exfoliatif sur l'œil gauche le 13 février 2012. Elle est de 50 % dans une activité adaptée depuis cette même date pour l'ensemble des atteintes qu'elle présente.

7. a) Il apparaît en définitive que la situation économique de la recourante n'a pas été examinée et qu'en particulier les suites concrètes de l'expertise judiciaire de la PMU du point de vue de la perte de gain de l'assurée n'ont à ce stade fait l'objet d'aucun examen. Partant, des mesures d'investigation supplémentaires s'imposent avant de pouvoir déterminer les répercussions de la capacité résiduelle de travail retenue par les experts sur le degré d'invalidité de la recourante. Cela étant, la Cour de céans ne peut que constater qu'en l'état du dossier, la perte de gain de la recourante ne peut pas être évaluée de manière conforme aux exigences du droit fédéral.

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. 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 ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. 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 (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

b) En l'occurrence, si l'aspect médical ne prête plus à controverse suite à l'expertise judiciaire pluridisciplinaire réalisée par la PMU, il apparaît en revanche que des lacunes d'instruction subsistent sur

le plan économique, ne permettant pas d'établir à satisfaction de droit la perte de gain de la recourante. Au vu de ces circonstances particulières, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction adéquates sur le plan économique pour appréhender concrètement la situation de l'assurée, avant de rendre une nouvelle décision.

c) En définitive, la recourante présentant une incapacité de travail durable de 50 % dans une activité adaptée depuis le 13 février 2012, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

8. 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

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 d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 3'300 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire aux conseils d'office. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 19 mai 2014 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 puis 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 I. _____ la somme de 3'300 fr. (trois mille trois cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Joël Crettaz (pour I. _____),
- 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 :