

## **VD\_GERICHTE ZD17.051393 vom 13. Dezember 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.051393](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.051393)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.051393 du 13 décembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.051393 del 13 dicembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

% quelle que soit l'activité. Il a précisé que l'assurée était traitée par Citalopram, par compléments alimentaires, par vitamines et par acupuncture. Selon le rapport du 18 novembre 2014 des Drs O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, l'assurée était en phase dépressive, rechutant dans la consommation d'héroïne le mois précédent la consultation. Suivant leur appréciation, l'intéressée présentait très peu de ressources. Selon ces avis, l'incapacité de travail était de 80 % en raison d'une humeur basse, de troubles de l'attention et d'une perte de l'élan vital, le pronostic étant défavorable pour une activité supérieure à 20 %. Ils ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32) et une dépendance à des substances multiples, utilisation épisodique (F19.26). Par rapport du 18 novembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé une péjoration en partie consécutive aux difficultés professionnelles, financières et familiales, signalant un amaigrissement de 6 kg, diagnostiquant un syndrome anxio-dépressif réactionnel. A son avis, la capacité de travail était nulle dans toutes activités. L'assurée s'est aussi plainte de douleurs aux épaules, de douleurs lombaires et de polyarthralgies. Par avis SMR du 16 décembre 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu le numéro d'infirmité et d'atteinte fonctionnel n'avait pas changé (646/65 ; cf. avis SMR du 27 mars 2014 ci-dessus). Il maintenu sa position, relevant que l'état de santé de l'assurée était qualifié de stationnaire, que les

- 11 - rapports du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ et du Dr O.\_\_\_\_\_ étaient discordants s'agissant de la dépendance à des psychotropes et que les différents avis sur la capacité de travail étaient contradictoires et guère étayés. Par projet de décision du 26 janvier 2015, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité, considérant que selon les nouveaux renseignements médicaux au dossier et leur examen par le SMR, les éléments apportés ne permettaient pas de conclure à une aggravation de l'état de santé. Pour l'office, la capacité de travail demeurait de 50% dans une activité adaptée, degré d'invalidité qui donnait droit à la même rente versée jusqu'ici. Par courriers des 28 janvier et 10 mars 2015, B.\_\_\_\_\_ a contesté projet de décision précité, déclarant ne pas être prête à reprendre une activité à 50 % en raison d'une fatigue croissante, d'une dépression, d'une rechute de sa consommation d'héroïne et en vue d'un nouveau traitement l'hépatite C dont elle était atteinte. Par rapport du 12 mars 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente était épuisée physiquement et psychologiquement par l'hépatite C, présentant une instabilité hygiéno-diététique secondaire à un état dépressif entrant dans le cadre d'un passé de toxicomanie avec rechutes temporaires malgré un traitement par méthadone. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI le 19 mars 2015 relevant que l'assurée avait pu travailler à 50 %, sous réserve du premier traitement hépatique avorté durant lequel la capacité de travail était descendue à 30 %. Il observait que l'intéressée pesait 39 kg pour 157 cm. Suivant son appréciation du cas, l'état

physique et psychologique de sa patiente ne lui permettait plus de travailler à plus de 30 %. Par rapport du 1er mai 2015, les Drs G.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en infectiologie, ont décrit une évolution viro-immunologique

- 12 - est toujours favorable (stade CDC B3) avec une virémie indétectable (< 20 copies/ml) et un taux de CD4 stable (1034 cell/m<sup>3</sup>). Sur le plan hépatique, ils ont indiqué que la biopsie de décembre 2012 montrait une fibrose importante, de score Metavir A2/F3-4. Une œso-gastro- duodénoscopie (OGD) pratiquée en mars 2015 était revenue dans la norme. Il n'y avait pas de varice œsophagienne et l'aspect de la muqueuse gastrique n'évoquait qu'une gastropathie d'hypertension portale légère. Pour les médecins du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_, le traitement de l'hépatite C était difficile à envisager en raison de la situation actuellement complexe de leur patiente, de la nécessité d'un reconditionnement prioritaire sur le plan nutritionnel et d'une récurrence de toxicomanie iv, cachée aux médecins précités. Les analyses précisaient encore que la fonction rénale restait stable selon le contrôle de débit de filtration glomérulaire (eGFR) entre 48 et 55 ml/min. S'agissant de l'insuffisance rénale, le rapport mentionnait que les investigations étaient en cours. L'assurée a débuté un traitement par Harvoni le 19 novembre 2015 pour une durée de 24 semaines afin de soigner l'hépatite C, montrant une excellente adhésion. Selon le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2016, l'intéressée a très bien supporté les antiviraux, reprenant plus de 6 kg et présentant un excellent moral, ainsi qu'une confiance dans l'efficacité du traitement. Une fois le traitement de l'hépatite C terminé, le Dr G.\_\_\_\_\_ envisageait une simplification de la trithérapie par Tivicay, une fois par jour. Ce rapport précisait à nouveau que des investigations étaient en cours au Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ au sujet d'une insuffisance rénale d'origine médicamenteuse probable. L'assurée a, sur mandat de l'OAI, fait l'objet d'une expertise psychiatrique conduite par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 22 décembre 2016, l'expert n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée, exposant

- 13 - un trouble de la personnalité borderline non décompensé (F60.31) et estimant la capacité de travail entière sur le plan psychique. Il a notamment écrit ce qui suit dans le cadre de son appréciation : « Situation actuelle et conclusions : L'assurée présente une impulsivité, des efforts pour éviter l'abandon, des comportements qui pourraient être considérés comme auto-agressifs, une instabilité d'humeur, un sentiment chronique de vide, une instabilité de l'image de soi. Ces éléments correspondent à un trouble de la personnalité borderline (CIM10, F60.31). L'assurée présente un état anxieux fréquent, avec un sentiment d'être survoltée, une fatigabilité, des trous de mémoire, mais pas réellement d'insomnie, pas de baisse d'humeur. Elle maintient une certaine activité même si elle est moindre par rapport au passé. Ce ne sont pas des arguments pour un trouble dépressif ni un trouble anxieux. Ces symptômes ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles invoquées par l'expertisée. Il n'y a pas d'élément pour invoquer des limitations fonctionnelles observées lors de notre entretien sur le plan psychiatrique. Au vu de ces symptômes, il n'y a pas de diagnostic différentiel à envisager. Le pronostic, sur le plan psychiatrique, est bon. L'assurée est motivée pour reprendre une activité professionnelle et de manière graduelle. Les mesures thérapeutiques en cours consistent en un suivi psychiatrique à raison d'une fois toutes les deux semaines dans un but de soutien. Ces mesures ont montré une certaine stabilité. L'assurée décrit d'ailleurs une amélioration avec une baisse de fréquence et d'intensité des éléments anxieux. L'assurée prend un traitement anxiolytique sous forme de

Xanax 0,5 mg. Ce traitement ne saurait être thérapeutique sur le long terme. Nous pourrions envisager un changement de traitement et favoriser un traitement anti-dépresseur, même si l'assurée ne le désire pas. L'intérêt serait la limitation du risque de dépendance et de tolérance générés par l'anxiolytique et une nette amélioration sur le plan thérapeutique des angoisses. Ces mesures ne sont cependant pas exigibles, la capacité de travail étant entière sur le plan psychique. A noter que l'assurée se plaint de multiples reprises de difficultés sur le plan physique en lien avec son hépatite et non liées à l'élément psychiatrique. D'ailleurs, la fatigabilité et les angoisses pourraient tout à fait s'expliquer en partie, voire majoritairement, par les traitements multiples sur le plan somatique et les décours de

- 14 - plusieurs années de traitement difficile. Nous estimons qu'il n'y a pas de limitation sur le plan psychiatrique et laissons tout l'attitude à l'Office A.I. pour décider d'une expertise sur le plan de la médecine interne et/ou de l'infectiologie, afin de préciser les éléments liés à l'hépatite et au VIH. » Par avis SMR du 2 février 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu que le numéro d'infirmité et d'atteinte fonctionnelle n'avait pas changé (646/65 ; cf. avis SMR du 27 mars 2014 ci-dessus). Il a estimé qu'il n'existait pas d'argument en faveur d'un trouble psychique invalidant, suggérant la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne pour réévaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Par communication du 6 février 2017, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise le 28 mai 2017, sur la base d'un entretien avec l'assuré et d'un examen clinique en date du 17 mai 2017, ainsi que du dossier médical de l'expertisée. On extrait de ce rapport ce qui suit : 5 Appréciation du cas et pronostic [...] 5.1 Rappel de l'histoire médicale [...] Les traitements antirétroviraux ont été modifiés à plusieurs reprises avec quadrithérapie dès 1996. Ils ont permis de contrôler l'infection avec une virémie HIV, semble-t-il, toujours indétectable et un taux de CD4 stable malgré une adhésion thérapeutique parfois insuffisante. Des effets secondaires liés aux traitements ont été rapportés à plusieurs reprises et notamment une lipodystrophie ainsi qu'en 2010 une toxicité rénale vraisemblablement au Ténofovir et à l'origine d'une insuffisance rénale modérée avec eGFR aux alentours de 50 ou 55ml/min durant ces dernières années, sans protéinurie et que l'on peut considérer comme stable et non symptomatique. On peut ainsi considérer que l'infection HIV est bien contrôlée sous trithérapie avec virémie indétectable jusqu'à actuellement et des CD4 entre 800 et 1'000 cell/mm<sup>3</sup> durant ces 4 ou 5 dernières années. Malgré l'anamnèse familiale positive pour la cardiopathie ischémique, cette patiente tabagique à 40 UPA n'a jamais manifesté de complications cardio-vasculaires. Ainsi, on peut conclure que l'infection HIV n'est pas assortie de limitation fonctionnelle et que le

- 15 - traitement est actuellement bien toléré, sans annonce d'effets secondaires. Le pronostic est assez proche d'une personne « standard ». Le deuxième problème est constitué d'une hépatite C chronique de génotype 1, d'évolution lentement fibrotique avec score Metavir A2/F3 en 2008, mais aggravée lors de la ponction-biopsie du foie du 22.11.2012 à F3-4. Un traitement de PEG-Interféron/Ribavirine a été instauré du 27.02.2009 au 01.02.2010 mis en échec en raison de difficultés d'adhésion médicamenteuses ainsi que la survenue de troubles psychiques. La virémie était indétectable à 6 semaines mais on a assisté à une rechute rapide avec virémie présente 4 mois après la fin du traitement. Bien que fibrosante, l'hépatopathie n'a jamais été assortie d'une insuffisance hépatique. Le TP est toujours dans la norme. Il n'y a pas d'anémie. Les plaquettes sanguines sont normales.

Le taux d'albumine a toujours été correct. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une cholestase avec un taux de phosphatase alcaline normal ainsi que de la bilirubine. Les Gamma-GT sont systématiquement normales, suggérant l'abstinence en regard de l'alcool. Les ASAT et les ALAT sont souvent très légèrement perturbées, ne dépassant pas le double de la norme entre 2013 et 2016. Le taux d'albumine est normal. La répétition des échographies hépatiques ne montre pas d'argument en faveur d'une décompensation ascitique ou du développement d'une lésion focale hépatique. 5.2 Situation actuelle [...] Les tests hépatiques sont annoncés dans la norme et les échographies sans argument suggérant le développement d'un hépatocarcinome, risque toujours potentiel. [...] Ses aptitudes à la communication sont conservées même si elle se plaint de troubles mnésiques, semble-t-il, non confirmés par un examen neuropsychologique. [...]. L'examen clinique est peu relevant à part la lipodystrophie et l'insuffisance pondérale chronique chez cette tabagique active. Il n'est pas rapporté de bronchite chronique ou de dyspnée d'effort. L'examen cardio-pulmonaire est dans la norme. Il en est de même de l'examen neurologique. Nous ne trouvons pas non plus de limitation fonctionnelle à l'examen de l'appareil locomoteur. [...] III. Diagnostics 1. DIAGNOSTIC AYANT UNE INCIDENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL : Actuellement, aucun.

- 16 - 2. DIAGNOSTIC N'AYANT PAS D'INCIDENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL : - Infection HIV stade CDC B3 diagnostiquée en 1982. - Evolution viro-immunologique favorable sous quadrithérapie. - Lipodystrophie médicamenteuse. - Insuffisance rénale chronique stade III. - Hépatite C chronique génotype I. - Hépatopathie avec score Metavir A2/F3-4 en 2012. - Réponse virale persistante après traitement de 24 semaines d'Harvoni en novembre 2015. - Insuffisance rénale chronique stade III. - Tabagisme actif (environ 40 UPA). - Syndrome de dépendance à l'alcool avec abstinence actuelle. - Syndrome de dépendance à l'héroïne avec abstinence actuelle. - Insuffisance pondérale avec BMI à 16,0 kg/m<sup>3</sup>. [...] IV. Traitement et réadaptation [...] 7.

#### CONSIDÉRATIONS FONDÉES RELATIVES AU CARACTÈRE

RAISONNABLEMENT EXIGIBLE DES MESURES DE RÉADAPTATION L'assurée présente de multiples orientations professionnelles. Dans ce sens, sa situation ne nécessite pas de mesures de réadaptation. Sur le plan médico-théorique, elle est parfaitement apte à s'investir dans une mesure de réadaptation, et ce à plein temps et sans perte de rendement.

V. Cohérence 1. ANALYSE DÉTAILLÉE ET APPRÉCIATION CRITIQUE DES DIVERGENCES APPARUES ENTRE LES SYMPTÔMES DÉCRITS ET LE COMPORTEMENT DE L'ASSURÉE EN SITUATION D'EXAMEN, ENTRE LES OBSERVATIONS FAITES PAR LES EXPERTS DE DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS MÉDICALES, OU ENTRE LES ÉLÉMENTS DU DOSSIER ET LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES DE L'ASSURÉE Nous n'avons pas observé d'incohérence entre la symptomatologie décrite et le comportement de l'assurée au cours de l'examen. Toutefois, les déterminations d'une incapacité de travail à 80% voire à 70%, d'après les divers médecins traitants, ne sont plus d'actualité si l'on se réfère à l'évolution depuis le début de l'année 2016. 2. ANALYSE DÉTAILLÉE ET APPRÉCIATION CRITIQUE DES RÉPERCUSSIONS DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL INVOQUÉE DANS TOUS LES DOMAINES (PROFESSION/ACTIVITÉ LUCRATIVE, MÉNAGE, LOISIRS ET ACTIVITÉS SOCIALES) La description des activités quotidiennes ne laisse pas supposer de limitation dans des activités lucratives. En effet, l'expertisée est active, cultive son potager, se rend utile, s'occupe de sa mère et fait

- 17 - son ménage sans difficulté. Elle est autonome et s'estime elle-même capable d'augmenter progressivement son taux de travail dans divers domaines, soit le jardinage, la restauration ou d'autres activités légères. 3. COMPARAISON DÉTAILLÉE DU NIVEAU D'ACTIVITÉ CONSTATÉ AVANT ET APRÈS L'APPARITION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ Si l'on en croit l'expertisée, elle ne s'est jamais sentie actuellement aussi bien depuis l'éradication de son hépatite C. 4. EVALUATION COMPLÈTE ET CRITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ABANDON DES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES Actuellement, il n'y a pas d'option thérapeutique ouverte. 5. ANALYSE PERMETTANT DE SAVOIR SI L'ASSURÉE PRÉSENTE UNE INAPTITUDE À SUIVRE UNE THÉRAPIE EN RAISON MÊME DE SA MALADIE L'assurée ne présente pas d'inaptitude à suivre un traitement. VI. Capacité de travail 1. CAPACITÉ DE TRAVAIL DANS L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI La dernière activité exercée était celle de chauffeur de taxi. Celle-ci n'est plus possible puisqu'elle ne dispose plus de son permis de conduire professionnel. 2. CAPACITÉ DE TRAVAIL DANS UNE ACTIVITÉ CORRESPONDANT AUX APTITUDES DE L'ASSURÉE La capacité de travail est complète dans une activité sans port de charges lourdes, et ce en tout cas depuis le mois de mai 2016. Il n'y a pas de perte de rendement. » A la suite de cette expertise, le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé dans un avis SMR du 22 juin 2017 que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans port de charges lourdes. Selon l'intitulé de l'avis en question, le numéro d'infirmité et d'atteinte fonctionnel n'avait pas changé (646/65 ; cf. avis SMR du 27 mars 2014 ci-dessus). Par projet de décision du 31 août 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait supprimer la demi-rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité n'était que de 4,8 %.

- 18 - B.\_\_\_\_\_ a contesté le projet de décision précité par courrier du 14 septembre 2017, indiquant que sa santé s'était dégradée, qu'elle était fatiguée et angoissée, que son foie était « dans un état avancé » qu'elle était en dépression et n'arrivait plus à assumer les tâches de la vie quotidienne. Elle a en outre précisé qu'elle n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. Dans le cadre de sa contestation, elle a joint les éléments suivants à l'adresse de l'OAI : - Le rapport du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ de contrôle quadriannuel du 20 septembre 2017 (Drs G.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie), accompagné des résultats de laboratoire (du 16 août 2017), indiquant un diagnostic principal d'infection VIH stade CDC B3 et comme autre diagnostic, notamment, une hépatite C chronique, génotype 1, guérie après un traitement de 24 semaines sous Harvoni du 19 novembre 2015 au 6 mai 2016. Ces médecins ont précisé qu'un examen ultrason du 3 avril 2017 révélait un foie de morphologie normale sans lésion focale suspecte et que l'élastographie montrait un score de fibrose selon ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) entre F1 et F2. Le laboratoire a montré une virémie indétectable et un taux de CD4 de 457 cell/m<sup>3</sup>). A la lecture de ce rapport, les investigations concernant l'insuffisance rénale d'origine médicamenteuse probable étaient toujours en cours, étant précisé que le laboratoire eGFR montrait un résultat de 45 ml/min. - Un certificat médical du O.\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2017, attestant une incapacité de travail à 100 % du 22 septembre au 22 octobre 2017.

- 19 - - Un rapport du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ (Drs G.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, médecin praticien) daté du 11 octobre 2017, retenant les diagnostics suivant avec influence sur la capacité de travail : infection VIH depuis 1985 avec status post-exposition à de multiples antirétroviraux, hépatite C chronique génotype 1 (status post traitement de Peg-

Interferon et ribavirine du 27.02.2009 au 01.02.2010, compliqué d'une fatigue chronique et de troubles psychiatriques), une probable cirrhose hépatique (score Métavir F3-F4 à la PBF de 2012), une insuffisance rénale chronique stade III en lien avec une exposition à de multiples antirétroviraux (notamment ténofovir), une dépression et une dénutrition protéino-calorique avec poids actuel à 39 kg. Ces médecins rappellent que l'hépatite C avait nécessité une nouvelle thérapie en 2015-2016. Ils indiquent que d'un point-de-vue neuropsychologique, elle présente des troubles de la mémoire à court terme et de concentration, raison pour laquelle ils avaient demandé un examen neuropsychologique. Ils ont considéré que la capacité de travail exigible était de 50 % dans une activité adaptée en raison d'une asthénie chronique, de troubles de la concentration, de troubles mnésiques et d'une dépression. - Un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 12 octobre 2018 indiquant un BMI de 16 très déficitaire, une tension de 120/80 et un pouls à 67. Ce médecin relève un état très asthénique, anhédonique, essentiellement le matin, malgré des nuits de 11 h en moyenne, il a observé chez sa patiente une lente reprise alimentaire après une période d'anorexie et des céphalées. A son avis, la capacité de travail de l'assurée était très limitée, et essentiellement instable, une incapacité de travail était actuellement octroyée à 100 % compte tenu d'une période d'asthénie qui s'était accentuée depuis environ un an. Il a conclu d'une activité n'excédant pas 50 %

- 20 - était souhaitable et à remettre en œuvre de façon très progressive. - Deux rapports des Dr O. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2017 estimant que l'assurée pouvait travailler une à quatre heures par jour, une tentative d'augmentation du temps de présence n'étant pas indiquée à son avis. Pour lui, sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 20 %. Il a rapporté qu'elle disposait de très peu de ressources pour faire face au stress ou à la pression et qu'une fuite dans la consommation était toujours à craindre. Observant une humeur basse, une anhédonie, une anxiété flottante et des oublis fréquents, il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de dépendance à des substances multiples, actuellement abstinente. Il a relevé que sa patiente était sous médication, soit du Citalopram, à raison d'un comprimé de 20 mg par jour et de Xanax à raison d'un comprimé de 0,5 mg par jour en réserve. - Un rapport des Drs O. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du 17 octobre 2017 confirmant le rapport qui précède. - Un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2017, attestant une incapacité de travail à 100 % dans toutes activités depuis début 2015 en raison d'une asthénie liée à l'hépatite et à l'état anxiodépressif, qualifié de sévère, secondairement au traitement. Il relève toutefois que l'assurée est « active et aime travailler. » Dans son avis médical SMR du 31 octobre 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ retient à titre de numéro d'infirmité et d'atteinte fonctionnelle le 646/65, inchangé (cf. avis SMR du 27 mars 2014 ci-dessus). Il a notamment observé ce qui suit :

- 21 - « Nous recevons un RM du [...] du 11.10.17 annonçant 6 mois après l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ et psychiatrique une nouvelle dépression, une IRC de stade III sans fournir résultats biologiques (sans répercussion sur la CT selon exp.), et surtout un poids de 39kg, sans fixer d'IMC. Pour rappel la précédente expertise tournait déjà autour de la qualification de l'IMC et que le C. \_\_\_\_\_ détermina 100% en mai 2017. Pour l'expert psychiatre aussi, il n'était pas question non plus d'un IMC à 16 rendant impossible tout travail, puisque l'assurée faisait des extras et qu'elle était motivée pour reprendre une activité. Le Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ plaide pour une rente à 50% à contrario. Selon le Dr Peigner, médecin traitant, le 12.10.17, l'IMC serait de 16, et l'IT serait de 100% depuis 1 an, donc avant l'expertise de C. \_\_\_\_\_, ce qui n'est pas possible. Veuillez noter que le Dr

C.\_\_\_\_\_ retenait à l'époque une insuffisance pondérale avec BMI à 16.0, et que la CT était bien de 100%. Le Dr F.\_\_\_\_\_ raconte même le 18.10.17 que l'assurée est active et aime travailler, ce qui est en contradiction avec son 1er rapport et un 100 % attesté depuis 2015 pour des raisons psychiatriques malgré l'expertise. Aucune contradiction n'interpelle pourtant notre confrère. Pour le Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre, le 16.10.17, l'IT serait de 80% avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et une abstinence addictive (ce qui ne peut qu'améliorer la situation). Il existe dans son affirmation plusieurs contradictions car un épisode moyen n'est pas incapacitant et parce qu'il suppose l'exigence de plusieurs épisodes antérieurs. Or l'expertise psy du Dr D.\_\_\_\_\_ le 07.12.16, ne détermina aucun diagnostic ayant une répercussion sur la CT. Donc, ce n'est pas possible. Enfin du Cipralex à 20mg n'est pas en relation avec une IT conséquente. En conclusion, l'avalanche de RM et leurs affirmations contradictoires n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu de tout le dossier. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cette femme qui travaillait voici peu comme taximan à la demande et comme employée à la J.\_\_\_\_\_ de T.\_\_\_\_\_. » Par décision du 3 novembre 2017 avec motivation par courrier séparé de la même date, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 31 août 2017, supprimant ainsi le droit à la demi-rente de l'assurance invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. On en extrait notamment ce qui suit : « Résultat de nos constatations : [...] Selon les nouveaux éléments médicaux au dossier et après analyse approfondie de votre situation, il ressort que nous ne pouvons pas admettre d'aggravation de votre état de santé. De plus, selon les renseignements médicaux obtenus, votre état de santé s'est amélioré, avec récupération d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, ceci depuis mai 2016.

- 22 - [...] Dès lors, nous pouvons statuer de la manière suivante : Selon les éléments économiques en notre possession, sans atteinte à la santé, vous seriez en mesure de percevoir un salaire annuel de CHF 57'130.83.- en 2016 dans la vente ou la restauration. Ce montant représente votre revenu sans invalidité. [...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 4'300.00.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'482.75.- (CHF 4'300.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 53'793.00.-. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016 (53'793.00 + 0.40 % en 2015, + 0.70% en 2016) ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'386.23.- (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Attendu qu'on peut raisonnablement exiger que vous exerciez une activité légère de substitution à 100 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 54'386.23.- par année. [...] Toutefois, aucune déduction ne peut être justifiée dans votre situation, les limitations fonctionnelles correspondant à l'éventail des activités en industrie légère. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 54'386.23.- en 2016. Dès lors, nous pouvons calculer votre préjudice économique en tenant compte des montants susmentionnés: Comparaison des revenus : Revenu sans atteinte à la santé CHF 57'130.83 Revenu avec atteinte à la santé CHF 54'836.23 Perte de revenu CHF 2'744.60 Degré d'invalidité 4.8 % Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint. »

- 23 - B. Par acte du 25 novembre 2017, B. \_\_\_\_\_, recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, à son annulation. Elle soutient que les traitements effectués depuis nombre d'années l'ont beaucoup affaiblie et qu'elle n'arrive pas à remonter la pente en raison d'une fatigue chronique, de dépressions et de son foie « qui est très atteint. » Par décision du 15 janvier 2018, la juge instructeur a accordé à B. \_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 décembre 2017 et l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud. Par réponse du 13 février 2018, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, renvoyant à l'avis SMR du Dr M. \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2017. Ce dernier maintient sa position, considérant que les nouveaux rapports médicaux versés se bornent à émettre des affirmations subjectives. L'assurée, agissant désormais par l'intermédiaire de son conseil d'office, dépose des observations complémentaires le 9 mars 2018. Elle conclut à ce que son incapacité de travail soit reconnue comme étant entière et à ce qu'une rente lui soit accordée compte tenu d'une incapacité de travail de 100 %. Elle requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer l'incapacité de travail. Elle soutient que ses maladies chroniques (VIH et hépatite C) sont fortement invalidantes et aggravées par la dépression. Elle reproche à l'OAI d'avoir considéré comme contradictoires les avis de son médecin généraliste traitant et de son psychiatre traitant, ainsi que d'avoir omis dans son analyse le rapport du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ du 11 octobre 2017. En date du 21 mars 2018, l'assurée produit deux rapports du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ (Drs G. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale) datés des 2 et 19 mars 2018. Le premier document est établi à l'attention du Dr F. \_\_\_\_\_ dans le cadre du suivi quadriannuel, indiquant notamment un diagnostic principal d'infection VIH

- 24 - stade CDC B3 (virémie indétectable et un taux de CD4 de 912 cell/m<sup>3</sup>). Ces médecins ont constaté une bonne adhésion à son traitement antirétroviral par 3TC, Prezista, Norvir et Tivicay, n'identifiant pas de plainte somatique et relevant que la problématique était avant tout psychosociale avec un état anxiodépressif en pénétration depuis début janvier, date à laquelle leur patiente s'était vue supprimer sa demi-rente AI, avec récurrence isolée de consommation d'héroïne inhalée début janvier. S'agissant de la trithérapie, les Drs G. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ ont interrompu le traitement par Dolutégravir, Ritonavir et Lamivudine afin de limiter la toxicité neuropsychiatrique, les remplaçant par du Genvoya avec poursuite du Prezista au vu de l'analyse des résistances. Pour ces médecins, la situation sur le plan hépatique de l'assurée est stable. Sur le plan rénal, des investigations sont toujours en cours, étant précisé que le laboratoire eGFR montrait un résultat stable de 55 ml/min. Le second rapport destiné à Me Treyvaud reprend et résume les précédents rapports du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_. Par duplique du 5 avril 2018, l'OAI maintient ses conclusions, observant que l'instruction médicale a été effectuée à satisfaction de droit. Par déterminations du 9 juillet 2018, l'assurée fait grief à l'OAI de s'être fondée sur l'avis SMR du 31 octobre 2017, soutenant que celui-ci ne décrivait pas sa situation réelle, minimisait les affections et qu'il écartait sans motif les causes psychiques et somatiques sans étayer son raisonnement par des documents. A son avis, les critiques du Dr M. \_\_\_\_\_ sur les rapports des médecins traitant sont excessives et sont l'expression d'un parti pris. Dans le cadre de la procédure contentieuse, l'assurée a produit des certificats d'incapacité de travail totale pour les périodes du 22 septembre 2017 au 30 avril 2018 et du 1er juin au 30 septembre 2018. E n d r o i t :

- 25 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur la suppression de la demi-rente d'invalidité arrêtée par décision de l'OAI du 3 mai 2013 et le refus implicite d'augmenter la rente de la recourante. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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

- 26 - peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TFA I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En outre, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. De surcroît, le droit à la rente ne naît

- 27 - pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI. c) aa) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C\_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1). bb) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 28 - références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 5. a) En l'espèce, il convient de comparer l'évolution de l'état de santé de la recourante retenu à l'appui de la décision querellée et de celle rendue par l'OAI-X. \_\_\_\_\_ du 3 mai 2013, l'intéressée se prévalant d'une aggravation de son état de santé somatique et psychique.

- 29 - b) Le dossier produit dans le cadre de la présente procédure judiciaire montre que l'octroi de la rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2011 a résulté d'une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique. La réduction à une demi-rente d'invalidité dès le 1er juin 2012 procède quant à elle d'une variation du degré d'invalidité à la suite de la prise d'un emploi auprès de J. \_\_\_\_\_ et non en raison d'une « amélioration de l'état de santé » comme le retient de manière manifestement erronée la décision de l'OAI-X. \_\_\_\_\_. Sur le plan somatique, l'OAI-X. \_\_\_\_\_ s'est fondé sur les rapports des médecins traitant, soit ceux du Dr E. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2011, du Dr F. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2011 et du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ des 22 juin 2011 et 20 mars 2012. Ces rapports ont ensuite été soumis au Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR-X. \_\_\_\_\_ pour avis. Il résultait du rapport de ce dernier que les rapports des médecins traitants étaient probants sur le plan somatique. Ceux-ci retenaient à l'époque une infection VIH stade B3 traitée, d'une lipodystrophie médicamenteuse et une hépatite C chronique, génotype 1, traitée entre février 2009 et février 2010 sans réussite, et une insuffisance rénale, probablement secondaire à l'un des traitements antirétroviraux. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ encodait le cas sous référence 604/702/10 / 74 (autre affection d'origine infectieuse ou parasitaire, à l'exclusion des affections du système nerveux et de l'appareil respiratoire [604] ; affection du foie et des voies biliaires [702] ; atteinte de l'état général [10] ; atteinte fonctionnelle du foie [74] ; cf. DFI OFAS, Codes pour la statistique des infirmités et des prestations, pp. 28,

### **E. 31**

et 32). Dans son avis du 27 mars 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_ se bornait à examiner le cas sous le seul angle somatique, considérant que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis 2009 et que l'état général, avec une hépatite C toujours active, avait diminué. Il retenait singulièrement l'apparition d'une asthénie et d'une tendance à l'épuisement, préconisant de laisser cours au traitement de l'hépatite C, de refaire le point à la fin de l'année 2012 et précisant qu'il serait envisageable de préciser la capacité de travail après ledit traitement. Il ne ressortait pas du dossier que l'aspect psychique du dossier avait été examiné à l'époque par l'OAI-X. \_\_\_\_\_.

- 30 - c) A l'appui de la décision querellée, l'intimé soutient que la recourante conserve aujourd'hui une pleine capacité de travail dans une activité légère de substitution. Il se fonde pour cela sur les rapports d'expertise des Drs C. \_\_\_\_\_ (évolution de l'état de santé sur le plan somatique) et D. \_\_\_\_\_ (aspect psychique nouvellement allégué), ainsi que sur l'appréciation du dossier par le SMR. aa) S'agissant de l'infection VIH, celle-ci n'influence pas sur la capacité de travail de l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_. Les avis du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ à ce propos sont contradictoires dans la mesure où sans la moindre explication, ce diagnostic considéré comme sans influence sur la capacité de travail dans un rapport du 8 août 2013 (c'était alors l'asthénie subséquente qui était en cause) devient incapacitant selon un rapport du même service daté du 11 octobre 2017. Sans minimiser la pénibilité des diagnostics et des traitements y relative, on constate néanmoins que le traitement antirétroviral mis en œuvre par le Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ a permis de stabiliser l'évolution de la virémie, le diagnostic demeurant au stade B3 dans l'ensemble des pièces à disposition (rapports des 11 juillet 2001, 22 juin 2011, 8 août 2013, 20 septembre 2017 et 2 mars 2018 du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_). L'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ se fonde en cela sur les rapports du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ et sur l'examen des résultats de laboratoire qui montre une virémie indétectable et des CD4 entre 800 et 1'000 cell/mm<sup>3</sup>. Les rapports médicaux produits postérieurement au projet de

décision du 31 août 2017 ne montrent pas de nouveaux éléments qui justifieraient une péjoration de la situation et l'admission de nouvelles limitations fonctionnelles sous l'angle de l'infection VIH. S'agissant de l'insuffisance rénale de type III pour laquelle les infectiologues du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ suspectent une origine liée au traitement antirétroviral, des investigations semblent en cours à ce sujet. On constate toutefois que dans leur rapport du 8 août 2013, les Drs G. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ jugeaient ce diagnostic comme « sans effet sur la capacité de travail », ce qui correspondait aussi à l'appréciation du

- 31 - Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 20 janvier 2012). Ce point a aussi fait l'objet d'une réponse documentée de l'expert. Le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ est probant sur ce point dans la mesure où il relève que le contrôle de débit de filtration glomérulaire (eGFR) entre 48 et 55 ml/min est stable, ce que confirme par ailleurs les rapports de contrôle quadriannuel du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ des 20 septembre 2017 (45 ml/min) et 2 mars 2018 (55 ml/min), tous deux postérieurs à l'expertise. Sous l'angle du VIH et de ses conséquences, l'expertise réalisée par le Dr C. \_\_\_\_\_ est convaincante et échappe à toute critique. Le traitement de l'hépatite C, chronique, génotype 1, par Harvoni du 19 novembre 2015 au 6 mai 2016 a permis d'éradiquer cette infection virale (cf. rapport du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ du 20 septembre 2017). Lors de l'entretien clinique avec l'expert C. \_\_\_\_\_, la recourante a d'ailleurs déclaré ne jamais s'être sentie aussi bien depuis l'éradication de son hépatite C. Comme le décrit l'expert, cette guérison a entraîné une nette amélioration de l'état général de l'intéressée notamment sur le plan de l'asthénie depuis mai 2016. Sur cette question, le Dr C. \_\_\_\_\_ a pu s'appuyer sur les rapports du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ pour examiner l'évolution de la fonction hépatique. S'il rappelle qu'il existe un risque de développement d'un hépatocarcinome, il souligne que l'hépatopathie n'a jamais été assortie d'une insuffisance hépatique et que les examens de laboratoires et les échographies sont toujours revenus dans la norme. Le rapport du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ du 11 octobre 2017 indiquant une cirrhose hépatique se fonde sur un score Métavir F3- F4 à la PBF datant de 2012 ne peut pas être suivi, faute d'actualité. En effet, lors de l'examen de contrôle quadriannuel du 20 septembre 2017 de ce même centre hospitalier, l'anamnèse par système des mêmes médecins s'était révélée négative, de sorte qu'il en ressort une évidente contradiction. La même discordance doit être relevée si l'on compare le rapport du 11 octobre 2017 avec le rapport de contrôle quadriannuel du 2 mars 2018, qui ne laisse présager aucun signe en faveur d'une atteinte actuelle aux fonctions hépatiques.

- 32 - Contrairement à la première tentative de traitement de l'hépatite C par Interféron, interrompu en raison des effets secondaires subi par la recourante, et en l'absence de plainte à ce sujet, il ne ressort pas du dossier que le traitement par Harvoni durant vingt-quatre semaines durant les années 2015 et 2016 ait engendré des effets secondaires incapacitants. Sur le plan hépatique, l'expertise est également convaincante, la recourante n'apportant aucun élément nouveau nécessitant plus ample instruction. Sur le plan neurologique, évoqué par le service d'infectiologie du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 octobre 2017, la recourante a déclaré au Dr C. \_\_\_\_\_ qu'un examen s'était révélé rassurant, étant rappelé que l'expert a lui-même examiné cet aspect lors de l'examen clinique avec un résultat dans la norme. L'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, fondée sur un examen clinique neurologique emporte la conviction de la Cour de céans. Entendue par l'expert, la recourante s'estime elle-même capable d'augmenter progressivement son taux

de travail dans divers domaines, soit le jardinage, la restauration ou d'autres activités légères, ce qui est en nette contradiction avec les rapports des médecins traitants. Les avis de ces derniers sont divergents et fluctuants, de sorte qu'ils ne convainquent pas. On constate même une discordance entre les rapports de contrôle quadriannuel du Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ et ceux qui ont été rédigés par cet hôpital pour être produits dans le cadre de la procédure contentieuse. La recourante n'apparaît ainsi pas cohérente. Les plaintes qu'elle rapporte à l'expert et celles qu'elles rapportent à ses médecins traitants divergent, étant relevé que sa propre estimation de sa capacité de travail apparaît pour le moins fluctuante selon l'interlocuteur. Le rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, fondé sur une analyse minutieuse des pièces du dossier et contenant un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, résulte d'une investigation clinique

- 33 - approfondie, de sorte que l'état de santé de la recourante du point de vue de la médecine interne que cet expert décrit, suivie par l'intimé au terme de sa décision, est convaincant. Il remplit au demeurant les autres conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré sur le plan somatique. bb) Au plan psychiatrique, la recourante considère que ses troubles n'ont pas été pris en compte, alléguant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de dépendance à des substances multiples, actuellement abstinent (cf. rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 17 octobre 2017). Pour apprécier la capacité de travail au plan psychiatrique, le SMR s'est fondé sur l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_. Celui-ci a retenu que l'intéressée présentait un trouble de la personnalité borderline (CIM10, F60.31), relevant que les limitations fonctionnelles affectant la recourante ne trouvaient pas d'explications sur le plan psychique. Dans son anamnèse, l'expert psychiatre n'a pas décelé les symptômes d'un trouble dépressif ou anxieux ni de récurrence sur le plan de la toxicomanie. Le rapport d'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels. Les rapports du psychiatre traitant apparaissent pour le moins contradictoires dans la mesure où les symptômes évoqués par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 octobre 2017 (humeur basse, anhédonie, anxiété flottante et oublis fréquents) ne correspondent pas, selon les systèmes de classification reconnus (CIM-10 et DSM-V), aux diagnostics qu'il pose par la suite (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et dépendance à des substances multiples, actuellement abstinente). Il ressort aussi du dossier que les psychiatres traitants de la recourante n'ont pas réellement apprécié la gravité des symptômes et le caractère invalidant des diagnostics. Leur appréciation doit ainsi être écartée. Ainsi, les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ sont claires et convaincantes, prennent en compte les plaintes de la recourante et reposent sur une anamnèse complète. Il a discuté la question d'une

- 34 - pathologie psychique invalidante au terme d'un examen clinique et du dossier qui lui était soumis. Il remplit donc les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. La recourante ne rend ainsi pas vraisemblable une atteinte invalidante à sa santé psychique qui contredirait le rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, de sorte que la décision entreprise doit être confirmée en ce qu'elle concerne l'aspect psychique. d) Par conséquent, la décision du 3 novembre 2017 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité de travail dès le mois de mai 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que préconisées par l'expert C. \_\_\_\_\_ et le SMR (cf. avis médical du 31 octobre 2017). 6. a) Selon l'art. 16 LPG, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas

invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus

- 35 - avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (ATF 129 V 222 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). b) En l'occurrence, l'OAI s'est référé aux données salariales statistiques de l'année 2014 – pertinentes compte tenu d'une révision entamée en 2013 – pour calculer les revenus avec et sans invalidité de la recourante, étant donné que celle-ci n'a plus exercé d'activité à plein temps depuis 2013 et n'a pas repris d'activité depuis. Le revenu sans invalidité atteint 57'130 fr. 83. Il correspond selon l'ESS au revenu des femmes dans les services, singulièrement dans le commerce de détail, de 4'517 fr. (cf. ESS 2014, TA1, secteur 3, domaine 47, niveau de compétence 1), rapporté à la durée hebdomadaire de travail moyenne de 41,7 heures (cf. La Vie économique, tableau B 9.2) et indexé par 0,4 % pour 2015 pour 0,7 % pour 2016 (cf. La Vie économique, tableau B 10.2). Le salaire annuel avec invalidité se monte à 54'386 fr 23. Il correspond au salaire mensuel brut (4'300 fr.) auquel peut prétendre une femme effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé dans les domaines de la (cf. ESS 2016, TA1, production et services, niveau de compétence 1), compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail moyenne de 41,7 heures (cf. La Vie économique, tableau B 9.2) et d'une évolution des salaires de 0,4 % pour 2015 et 0,7 % pour 2016 (cf. La Vie économique, tableau B 10.2). Le degré d'invalidité atteint par conséquent 4,8 % ( $54'386 \text{ fr } 23 \div 57'130 \text{ fr. } 83$ ). Dès lors que l'activité retenue correspond

- 36 - aux limitations fonctionnelles de la recourante, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas pondéré ce chiffre. Vérifiés d'office, les calculs effectués par l'office intimé ne prêtent pas flanc à la critique et doivent ainsi être confirmés. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre une amélioration significative de l'état de santé physique de la recourante, ainsi que de sa capacité de gain. Dès lors, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que les conditions pour le maintien de la rente d'invalidité n'étaient plus remplies et qu'il a supprimé la demi-rente invalidité de l'intéressée avec effet deux mois après la notification

de la décision du 3 novembre 2017 (cf. consid. 3c/bb ci-dessus). Le recours doit ainsi être rejeté pour ces motifs. 7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C\_550/2017 du 12 janvier 2018 consid. 4) b) En l'occurrence, le dossier permet à la Cour de statuer en toute connaissance de cause dans un dossier bien documenté par deux expertises convaincantes (cf. en particulier consid. 5 ci-dessus), de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, telle que requise par l'intéressée.

- 37 - 8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que la recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). d) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, Me Treyvaud a produit une liste de ses opérations le 26 novembre 2018, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat.

- 38 - Compte tenu des heures de prestations d'avocat (710 minutes, soit 11h50) et des débours (73 fr.) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Treyvaud s'élève donc à 2'372 fr. 65, y compris la TVA de 7,7 %. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.