

VD_FINDINFO AI 241/14 - 200/2015 vom 3. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_241_14_-_200_2015

FR: VD_FINDINFO AI 241/14 - 200/2015 du 3 août 2015

IT: VD_FINDINFO AI 241/14 - 200/2015 del 3 agosto 2015

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ALCOOLISME, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE, RENTE SIMPLE D'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) La LAI, notamment à l'art. 6, de même que l'ALCP (Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, RS 0.142.112.681) et les règlements européens applicables en vertu de l'accord précité, prévoient un certain nombre de conditions au droit des étrangers aux prestations de l'assurance-invalidité. La question de savoir si le recourant remplit ces conditions en tant que personne étrangère en Suisse – question dont il ne ressort pas du dossier qu'elle a été examinée par l'intimé – peut toutefois rester ouverte, au vu des éléments exposés ci-dessous. c) 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, 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. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative (art. 28a al. 1 LAI). Selon l'art. 16 LPGA, 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. d) Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir.

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références). e) Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). f) Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est en principe ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2). g) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). On rappellera encore que, même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 paragraphe 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance. Néanmoins, ce n'est pas parce qu'un médecin traitant pose d'autres diagnostics, qu'il est déjà nécessaire de procéder à une expertise externe à l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.3 ; TF 9C_800/2013 du 7 mars 2014 consid. 3.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur

confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2). h) 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid.

E. 3.2

et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

E. 4

a) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence ; TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2014 consid. 5.2 ; 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique (TFA I 390/01 du 19 juin 2002 consid. 2). Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_618/2014 précité consid. 5.2 ; 8C_356/2012 du 11 février 2013 et la jurisprudence citée). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "primaire", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C_219/2007 du 3 avril 2008). b) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à

la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (TF 9C_618/2014 précité consid. 5.3 ; 9C_395/2007 précité et les références). c) L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 précité consid. 5.4 ; 9C_395/2007 précité consid. 2.4 et les références).

E. 5

a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à une appréciation complète des preuves médicales à sa disposition en fondant sa décision uniquement sur le rapport de la Dresse Q._____, lui-même fondé sur un seul entretien. Selon le recourant, cette dernière ne se serait pas prononcée sur les appréciations divergentes de ses médecins traitants, qui renaient tous un état dépressif sévère. Par ailleurs, elle n'aurait pas examiné en détails l'origine et l'évolution de l'atteinte psychique ou de la dépendance à l'alcool et encore moins leurs éventuelles interdépendances. Le recourant avance en outre qu'il devait être tenu compte de l'influence des atteintes somatiques sur sa capacité de travail. b) On observe en premier lieu qu'il est clair que le recourant souffre d'un syndrome de dépendance à l'alcool. La Dresse H._____ mentionne dans son rapport du 25 septembre 2012 le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « si post OH », impliquant une ancienne consommation d'alcool ayant des conséquences sur la santé du recourant. Dans leur rapport du 27 septembre 2012, les Drs C._____ et R._____ relèvent également le syndrome de dépendance à l'alcool, à l'époque abstinent, ayant entraîné une cirrhose hépatique. Le recourant a été hospitalisé plusieurs fois en raison de sevrage et a fait l'objet d'un placement à des fins d'assistance pour ce motif. Le Dr R._____ a finalement retenu dans son rapport du 31 mai 2013 le diagnostic de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Afin de pouvoir déterminer si le recourant souffre d'une invalidité lui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité, il convient de se prononcer sur l'éventuelle existence d'une atteinte à sa santé physique, indépendante des atteintes liées à la consommation d'alcool, ou d'une atteinte à sa santé psychique, ainsi que, le cas échéant, sur l'importance de celle-ci, ses liens avec la dépendance et son influence sur la capacité de travail du recourant. c) Au vu de la mention par les médecins traitants du recourant de

l'existence d'un état dépressif, l'intimé a jugé nécessaire la mise en œuvre d'un examen psychiatrique. La Dresse Q. _____ a rendu un rapport sur la base d'un examen du recourant, ainsi que de son dossier médical. L'on relève à ce propos qu'elle résume dans son rapport les pièces médicales principales dudit dossier, soit les avis des Dresses V. _____, H. _____ et des Drs C. _____ et R. _____. Il est également fait mention des hospitalisations du recourant et de la mesure de placement à des fins d'assistance. Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il avance que la Dresse Q. _____ n'aurait pas tenu compte des avis divergents des médecins traitants. L'experte a également exposé les anamnèses professionnelles, personnelles et psychiatriques du recourant, ainsi que ses plaintes actuelles. Bien qu'elle n'explique pas dans son appréciation du cas les raisons pour lesquelles elle ne retient pas le diagnostic d'état dépressif, cela ressort de manière précise du status psychiatrique qu'elle décrit, soit un status ne présentant pas les signes d'un épisode dépressif majeur. Elle motive ainsi de manière convaincante son appréciation. Ce n'est en revanche pas le cas des médecins traitants de l'assuré, que ce soit la Dresse H. _____ ou les Drs C. _____ et R. _____, qui se bornent à mentionner un tel diagnostic sans exposer les constatations médicales et l'analyse qui les mènent à cette conclusion. De plus, malgré le fait que plusieurs médecins se soient prononcés suite à l'examen du SMR, aucun n'a relevé de circonstances qui remettraient l'appréciation du SMR en cause. Dans leur rapport de sortie du 27 février 2013, l'Hôpital A. _____ ont certes noté une péjoration de l'état dépressif, mais ils ont également mentionné un état dépressif lié à la consommation d'alcool. Ils n'ont ensuite rien noté au sujet de ce trouble dans leur rapport suivant, du 6 mai 2013. Il ne peut dès lors en être déduit l'existence d'une pathologie indépendante de la consommation d'alcool du recourant. Par ailleurs, il n'est pas signalé dans le rapport d'admission du Centre J. _____ du 15 avril 2013 d'état dépressif sous la rubrique « impression diagnostique ». Seule une thymie triste a été relevée, que l'experte du SMR a également noté. L'on remarque encore que les Drs G. _____ et R. _____ n'ont pas mentionné d'état dépressif dans les courriers envoyés à la Justice de Paix motivant la demande de placement à des fins d'assistance. Dans cette mesure, leur appréciation n'apparaît pas exempte de contradictions. Finalement, dans le rapport du Service O. _____ du 24 octobre 2014, il est certes relevé que le recourant souffre d'un épisode dépressif moyen à sévère, toutefois, outre le fait que les médecins ne précisent pas depuis quand, ils ne motivent pas plus leur appréciation que les autres médecins traitants du recourant. S'il est fait mention d'hospitalisations dans le cadre d'un syndrome de dépendance à l'alcool et d'un trouble dépressif récurrent, l'on remarque toutefois que les rapports de sorties de l'Hôpital A. _____ ne mentionnent pas ce dernier trouble sous la rubrique « motif d'hospitalisation », mais sous « comorbidité(s) & antécédent(s) ». La Dresse Q. _____ a en outre exclu l'existence de troubles de la lignée psychotique ou anxieuse. Il n'y a pas d'élément au dossier qui pourrait laisser soupçonner l'existence d'une autre atteinte sur le plan psychique. C'est en vain que le recourant tente de remettre en cause l'évaluation de la Dresse Q. _____ en soutenant que seul un entretien a eu lieu, dès lors que le nombre d'entretiens nécessaire à une évaluation n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Le recourant n'ayant pas amené de documents médicaux permettant de laisser penser qu'une atteinte à sa santé psychique subsisterait ensuite d'un sevrage, il ne saurait en définitive être reproché à l'intimé d'avoir rendu, sur la base du rapport de la Dresse Q. _____, une décision sans attendre que le recourant observe une période d'abstinence, d'autant plus que la Dresse H. _____ a retenu encore

dans son courrier du 13 juin 2014 le problème d'alcoolisme malgré plusieurs tentatives de sevrage en 2012 et 2013. Au vu de ce qui précède, la Dresse Q._____, dont le rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (cf. supra consid. 3f), peut être suivie, les troubles dont souffre le recourant étant selon la vraisemblance prépondérante entraînés par la consommation d'alcool. Par conséquent, il convient de retenir l'absence sur le plan psychique d'atteinte ayant valeur de maladie. d) Le recourant souffre par ailleurs de diabète. Si la Dresse H._____ mentionne ce diagnostic à titre de diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail dans son rapport du 25 septembre 2012, elle reconnaît toutefois implicitement dans son courrier du 13 juin 2014 que cette atteinte ne peut être considérée comme invalidante. Aucun autre document au dossier ne fait état d'une incapacité de travail liée à cette maladie. Il en va de même de la cirrhose, le rapport de l'Hôpital A._____ du 6 mai 2013 mentionnant du reste l'absence de complications liées à cette atteinte. Quand à l'encéphalopathie hépatique évoquée par la Dresse H._____, l'on remarque qu'aucun médecin, que ce soit le CHUV ou l'Hôpital A._____, ne l'ont retenue comme diagnostic, encore moins comme diagnostic indépendant de la consommation d'alcool ou ayant des séquelles invalidantes qui ne s'amenderaient pas avec un sevrage. Seule un début d'encéphalopathie alcoolique est noté dans un rapport de remise de service interne du CHUV du 31 mai 2013, ce qui ne peut suffire à retenir une atteinte invalidante à ce titre, ni même à ordonner la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires.

E. 6

a) Partant, force est de constater, avec l'intimé et sur la base des conclusions de la Dresse Q._____ qui emportent la conviction, que le recourant présente une toxicodépendance primaire ne pouvant justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire pour ce qui concerne les frais judiciaires, de sorte que ces derniers seront provisoirement supportés par le canton (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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