

# VD\_FINDINFO AI 320/10 - 562/2011 vom 13. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_320\\_10\\_-\\_562\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_320_10_-_562_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 320/10 - 562/2011 du 13 décembre 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 320/10 - 562/2011 del 13 dicembre 2011

## Regeste

AI{ASSURANCE}, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, TOXICOMANIE, COMORBIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI

## Erwägungen

### E. 1

Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Interjeté le 14 septembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu des fêtes auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

### E. 2

Le litige porte sur le droit de la courante à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. a) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison 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'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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294, consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165, 127 V 298, consid. 4c in fine; VSI 2001 p. 224, consid. 2b et les références). À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une 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 p. 268). 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. 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2, 9C\_960/2009 du 24 février 2010, consid. 2.2). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

### E. 3

a) En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a commencé à consommer de la cocaïne et du cannabis vers l'âge de 19 ans, puis de l'héroïne vers l'âge de 25 ans. Sur le plan professionnel, après l'obtention d'un CFC d'employée de commerce en [...], elle a travaillé en qualité de gestionnaire de dossiers auprès de différents employeurs. Depuis 2005, les périodes de travail ont alterné avec des périodes de chômage et de maladie. Suite à la naissance de sa fille en [...] 2006, l'assurée a repris un emploi le 3 janvier 2007 (durée déterminée de six mois). Elle a d'emblée présenté de nombreuses incapacités de travail de quelques jours, puis de manière définitive dès le 24 avril 2007. Depuis cette date, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle, mais a bénéficié d'indemnités journalières en cas de maladie versées par l'assureur perte de gain de son employeur jusqu'au 28 juin 2008. b) Sur le plan médical, l'assurée a été admise aux urgences de l'hôpital H.\_\_\_\_\_ le 20 octobre 2007 pour une première crise d'épilepsie, puis pour une décompensation sur le plan neuro-psychologique et neurologique (certificat médical du 29 octobre 2007 du Dr R.\_\_\_\_\_) due à un burn-out complet, un état anxio-dépressif important, une dysomnie sévère et un EEG très instable (courrier du 27 novembre 2007 du Dr R.\_\_\_\_\_ au Dr J.\_\_\_\_\_). Sur le plan psychique, l'assurée a été suivie dès 2007 jusqu'au 23 avril 2008 par le Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis 1999. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que durant cette période, le trouble anxieux n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de sa patiente, laquelle avait plus ou moins travaillé en dehors des périodes de consommation (rapport médical du 2 juillet 2009). L'intéressée a finalement séjourné du 7 au 28 juillet 2008 dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital H.\_\_\_\_\_ pour un sevrage de cocaïne avec emploi occasionnel d'héroïne, lequel s'est déroulé dans de bonnes conditions, l'assurée expliquant toutefois souffrir d'angoisse, lui donnant envie de consommer, raison pour laquelle elle a souhaité se rendre à la Fondation P.\_\_\_\_\_ dès le 28 juillet 2008 (courrier du 8 août 2008 des Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ adressé au Dr J.\_\_\_\_\_). La Dresse D.\_\_\_\_\_ médecin répondant de l'assurée à la Fondation P.\_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble dépressif récurrent et d'un possible trouble de la personnalité avec des traits dépendants, soulignant que malgré son abstinence, les troubles dépressifs et anxieux persistaient (rapport médical 14 septembre 2009). L'assurée a finalement quitté la fondation précitée le 28 janvier 2010, tout en poursuivant un suivi auprès du Dr V.\_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant. Ce dernier a considéré que sa patiente abstinentes souffrait d'une anxiété généralisée (avec une hypervigilance prédisposant à une plus grande fatigabilité et une moins bonne gestion du stress) et d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites qui avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Il n'a ainsi envisagé une possible reprise d'une activité professionnelle à 50 % qu'au premier trimestre 2011 (rapport médical du 27 avril 2010). c) A la lecture de l'ensemble des rapports précités, il existe un doute sur la question de savoir si la toxicomanie est en l'espèce primaire ou secondaire, distinction qui a des conséquences importantes dans le domaine de l'assurance-invalidité. L'avis médical du

SMR du 28 mai 2010 ne saurait dans ce contexte emporter la conviction, dans la mesure où il ne tient absolument pas compte de l'appréciation des Drs D.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ (alors qu'il avait sollicité leur détermination par avis médicaux des 31 juillet et 21 décembre 2009). Le SMR s'est en effet focalisé sur la période antérieure au séjour à la Fondation P.\_\_\_\_\_, soit celle relative au sevrage de l'assurée dans le service de psychiatrie adulte de l'hôpital H.\_\_\_\_\_ en juillet 2008, ainsi qu'à sa prise en charge par le Dr C.\_\_\_\_\_ jusqu'en avril 2008. Le SMR ne pouvait toutefois faire totalement abstraction des éléments mis en exergue par les Drs D.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, ainsi que dans une certaine mesure par le Dr C.\_\_\_\_\_, en sa qualité de chef de clinique adjoint de la polyclinique psychiatrique de T.\_\_\_\_\_ en 1999 (rapport du 17 septembre 1999). Il ressort ainsi de l'anamnèse des médecins précités que l'assurée a débuté dès son adolescence une consommation régulière d'opiacés. En 1999, le Dr C.\_\_\_\_\_ rapportait un éventuel trouble de la personnalité à investiguer et expliquait que cette dépendance avait apporté un soulagement relativement radical sur la symptomatologie anxieuse, ce qui s'est vérifié par la suite puisque l'assurée n'a présenté aucune incapacité de travail, du moins jusqu'en 2005. Par la suite, malgré son abstinence, les troubles dépressifs et anxieux ont persisté, empêchant la recourante de reprendre une activité professionnelle et nécessitant un suivi spécialisé, puis un internement à la Clinique psychiatrique de [...]. Ces éléments contredisent l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ émis en 2008, puisque ce dernier a estimé que sa patiente avait plus ou moins travaillé en dehors des périodes de consommation.

## **E. 5**

Dans ces conditions, force est de constater qu'en se fondant sur l'avis médical du SMR du 28 mai 2010, l'intimé n'a pas investigué suffisamment sur l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée. Au surplus, alors que les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ont clairement été posés, il n'a notamment pas mandaté d'expert psychiatre, seul apte à déterminer si, du point de vue de l'assurance-invalidité, la toxicomanie est primaire ou secondaire, puis de spécifier l'ensemble des limitations, ainsi que les activités adaptées, pour finalement fixer le taux d'invalidité. Cette instruction complémentaire doit être effectuée par l'OAI et non par la Cour de céans, dès lors qu'il ne s'agit pas seulement d'ordonner une expertise médicale, mais de faire déterminer également par le service de réadaptation de l'OAI les activités adaptées, cas échéant de mettre sur pied un stage d'observation et d'orientation si la situation le permet. Partant, la Cour de céans n'a pas d'autre alternative que d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante (art. 44 LPGA, compte tenu des prises de position du SMR en procédure), respectivement toute mesure utile au regard des affections psychiques présentées par la recourante, puis qu'il rende une nouvelle décision. Vu l'issue du litige, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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