

VD_FINDINFO AI 486/08 - 82/2010 vom 17. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_486_08_-_82_2010

FR: VD_FINDINFO AI 486/08 - 82/2010 du 17 février 2010

IT: VD_FINDINFO AI 486/08 - 82/2010 del 17 febbraio 2010

Regeste

PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RECONSIDÉRATION, INEXACTITUDE MANIFESTE, CHOSE JUGÉE | 1 LAI, 4 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 56 LPGA, 57 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. g LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 2 LPA-VD, 49 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.02.2010 AI 486/08 - 82/2010

PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RECONSIDÉRATION, INEXACTITUDE MANIFESTE, CHOSE JUGÉE | 1 LAI, 4 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 56 LPGA, 57 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. g LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 2 LPA-VD, 49 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 486/08 - 82/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 17 février 2010

Présidence de Mme Röthenbacher Juges : MM.
Dind et Perdrix, assesseur Greffier : M. Greuter ***** Cause pendante entre :

F. _____, à [...] (VD), recourant, représenté par Me Sandrine Osojnak, avocate à Vevey, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 7, 8, 16 et 53 al. 2 LPGA; 4 LAI E n f a i t : A. a) Le 14 avril 1997, F. _____ (ci-après: l'assuré), né le [...]1949, a déposé une demande de prestations AI.

Dans un rapport médical du 23 avril 1997, le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics suivants: - Lombo-sciatalgie droite de topographie L4-L5 sur polyneuropathie sensitive. - Diabète type II. - Hernie discale C6-C7 traitée conservativement en 1995. - Abus d'alcool. Le Dr N. _____ a précisé que l'état de santé de l'assuré était susceptible d'amélioration et qu'il avait présenté une incapacité de travail totale du 24 février au 8 mai 1995 et du 19 janvier au 7 avril 1997. A partir du 8 avril et jusqu'au 14 juillet 1997, la capacité de travail de l'assuré était de 50%. Le Dr N. _____ a en outre estimé que, compte tenu des problèmes de santé (hernie discale et sciatalgie droite), la position de travail, adoptée dans le cadre de l'exercice de l'activité habituelle, n'était pas idéale pour éviter une recrudescence des symptômes douloureux. Dans un rapport médical du 17 novembre 1997, le Dr N. _____ a considéré que, compte tenu des plaintes et de l'état clinique de l'assuré, une activité professionnelle à 100% ne saurait être envisagée sur un moyen ou long terme. Il a par ailleurs déclaré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il résulte d'une fiche d'examen établie le 12 mars 1998 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) et de notes manuscrites figurant sur cette fiche après téléphone avec le médecin traitant que l'hernie discale pourrait poser des problèmes dans une activité professionnelle non adaptée mais que le problème principal pour retrouver du travail était l'éthylisme. Il était aussi écrit: "Cas complexe entre

chômage, éthylyisme (non 4 LAI) et atteinte dans le sens 4 LAI. A décidé par juriste". Figure aussi sur cet avis le tableau suivant (manuscrit): " INV. sur 1 année LM le 10.1.97 1.97 = 22 j. à 100 = 2'200 2.97 = 28 j. à 100 = 2'800 3.97 = 31 j. à 100 = 3'100 4.97 = 7 j. à 100 = 700 4.97 = 23 j. à 50 = 1'150 5.97 = 30 j. à 50 = 1'500 6.97 = 30 j. à 50 = 1'500 7.97 = 31 j. à 50 = 1'550 8.97 = 31 j. à 50 = 1'550 9.97 = 30 j. à 50 = 1'500 10.97 = 31 j. à 50 = 1'550 11.97 = 16 j. à 50 = 800 11.97 = 14 j. à 100 = 1'400 12.97 = 31 j. à 100 = 3'100 janv. 98 = 9 j. à 100 = 900 365 25'350 Le 10.1.98 = : 365 = 69.45 ". Dans un avis de juriste du 15 avril 1998, on peut lire ce qui suit (manuscrit): "- il est vrai que c'est un cas complexe (chômage, éthylyisme) toutefois le Dr P._____ ne constate pas d'atteinte à la santé dans le sens 4 LAI. - A mon avis nous pouvons lui accorder une rente entière (inv. 69%) vu les rapp. méd. au dossier, avec la révision au 1.1.99 ". Dans un projet de décision du 27 avril 1998, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une rente entière dès le 1 er janvier 1998. Ce projet contient le passage suivant: "Nous vous présentons ci-après un projet de décision. Mais, avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les deux semaines, par écrit ou verbalement, vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. A l'échéance de ce délai, la caisse de compensation procédera au calcul des prestations. Selon l'article 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité. Degré de l'invalidité Droit à la rente en fractions d'une rente entière 40 pour cent au moins un quart 50 pour cent au moins une demie 66 2/3 pour cent au moins rente entière Dans les cas pénibles, une invalidité de 40 pour cent au moins ouvre le droit à une demi-rente. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50 pour cent ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée. Le droit à la rente au sens de l'article 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle: a. l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins, ou b. l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (Art. 29 LAI). Est réputée être une invalidité durable ou permanente, une atteinte à la santé irréversible, mais relativement stabilisée, c'est-à-dire qui vraisemblablement n'évoluera plus, ni en s'améliorant, ni en s'aggravant. Dans ce cas, le droit à la rente naît au moment où l'incapacité de gain a atteint 40% au moins. En l'absence d'une invalidité permanente, on parle d'une invalidité (incapacité de travail et de gain) de longue durée. Le droit à la rente naît dans ce cas à l'échéance d'un délai d'une année, s'il y a eu une incapacité de travail de 40% au moins, sans interruption notable et si l'incapacité de gain donnant droit à une rente persiste. En l'occurrence, il s'agit d'une invalidité de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent. Vous avez déposé une demande de mesures professionnelles. Selon les renseignements médicaux dont nous disposons, de telles mesures ne peuvent être envisagées et nous renonçons donc à donner suite à votre demande sur ce point. C'est pourquoi nous vous reconnaissons le droit à une rente une année après le début de votre incapacité de travail. A partir du 1.1.1998, vous avez

droit à une rente entière de l'AI. Nous vous reconnaissons un degré d'invalidité de 69%. En effet, vous avez subi des taux d'incapacités de 100% et de 50%. En calculant une invalidité moyenne sur les douze mois, on arrive au taux de 69% ce qui donne droit à une rente entière." Ce projet a été confirmé par une décision du 15 mai 1998. b) Dans un rapport médical du 7 septembre 2000, le Dr N. _____ a déclaré que l'assuré présentait une incapacité de travail d'une durée indéterminée depuis le 17 novembre 1997, son état de santé étant stationnaire. Par courrier du 16 novembre 2000, l'OAI a informé l'assuré que son droit à la rente demeurerait inchangé. Dans le cadre d'un nouvel réexamen du droit à la rente, le Dr N. _____ a informé l'OAI, le 5 avril 2004, que l'état de santé de l'assuré était demeuré stationnaire et que les précédents diagnostics étaient restés inchangés. Il a en outre déclaré que, bien que l'assuré ne pût plus exercer dans son activité habituelle, l'exercice d'une autre activité pouvait être exigée de lui s'il arrêta de boire. c) Dans un avis médical du 4 janvier 2005, le SMR, retenant que l'assuré n'avait plus travaillé de manière suivie depuis 12 ans, a estimé qu'une expertise médicale s'avérait nécessaire afin d'examiner la capacité de travail de celui-ci. De l'expertise médicale confiée au Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne, et rendue le 15 avril 2005, on extrait ce qui suit: "4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Néant 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail - Lombalgies récidivantes - Diabète de type II avec dyslipidémie - Hypertension artérielle - Alcool-tabagisme 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC Cet ingénieur en arts graphiques, de 56 ans, est en incapacité totale attestée dès le 10.01.1997 après une longue période de chômage. En 1995, il a présenté un épisode de cervico-brachialgies gauches qui ont bien évolué spontanément et qui avaient motivé à l'époque 3 mois d'incapacité de travail. L'incapacité à 100% depuis le 10.01.1997 était consécutive à un syndrome radiculaire L4-L5 droite, un scanner montrant une minime protrusion discale, sans véritable hernie en L4-L5. L'EMG était compatible avec un syndrome radiculaire L4-L5 surajouté et une discrète polyneuropathie sensitivo-motrice débutante. Depuis lors, l'évolution a été, de ce point de vue, relativement satisfaisante avec, il est vrai, des lombalgies et éventuellement des lombo-sciatalgies récidivant 1 à 2 fois par an à l'origine d'un syndrome douloureux pendant 2 à 3 semaines. Cela étant, son rachis reste fragile et nécessite un traitement de maintien sous la forme de gymnastique tous les jours, de fitness ainsi que de Giesser-thérapie. Grâce à ce travail préventif, l'évolution peut être considérée comme favorable. Par ailleurs, il présente un diabète de type II connu depuis 1985 associé à une hypertension artérielle dès 2003 et une dyslipidémie traitée. Le contrôle du diabète n'est pas franchement optimal et un contrôle plus agressif est à encourager. Le syndrome métabolique est probablement à l'origine, avec le tabagisme, d'une atteinte vasculaire, l'examen clinique montrant la présence de souffles fémoraux le long du canal de Hunter. Il n'y a toutefois pas de claudication intermittente. Devant cette probable insuffisance artérielle des membres inférieurs asymptomatiques, il y a lieu d'être vigilant et rechercher attentivement des lésions coronariennes ou carotidiennes par un Doppler et par une ergométrie. Il n'y a cependant pas de symptôme suggestif d'une cardiopathie ischémique ou évocatrice d'AIT. La polyneuropathie, dont il est fait état dans le dossier en 1997, n'est actuellement que discrète et ne constitue pas de limitation fonctionnelle. Par ailleurs, l'examen clinique de ce jour ne met pas en évidence de limitation fonctionnelle rachidienne. Ainsi, du point de vue somatique, il n'y a pas de limitation constituant un handicap à l'exercice de sa profession d'ingénieur en arts graphiques. L'alcoolisme chronique ne constitue pas anamnestiquement un problème limitant et n'est pas à l'origine

de complication handicapante. B. Influences sur la capacité de travail

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS au plan physique Il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative. Il est toutefois possible que 2 à 3 fois par an, une brève période d'incapacité de travail soit nécessaire en raison de la récurrence des lombalgies avec éventuelles sciatalgies. au plan psychique et mental Il n'est pas fait état de limitation. F. _____ se déclare euthymique mais une exploration psychiatrique dépasse les champs de compétence de la présente expertise. au plan social L'évaluation sociale est délicate chez cet ingénieur qui n'a plus travaillé depuis 13 ans dans sa profession, démotivé et sans plus aucune ambition professionnelle.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Du point de vue somatique, il n'y a pas de limitation significative de la capacité de travail. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Oui, au moins à 80% 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure? Je ne pense pas qu'il y a une diminution de rendement 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Je ne pense pas qu'il y est une réelle incapacité de travail si ce n'est ponctuellement en 1995 ou 1997. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? A mon avis, il a toujours existé une capacité de travail exigible à au moins 80%.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES? SI NON, POUR QUELLES RAISONS? Sans objet 2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'À PRÉSENT? Sans objet 3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSUREE?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? S'agissant d'un cas complexe, F. _____ n'ayant plus travaillé depuis 15 ans, il est difficile d'exiger de sa part une activité correspondant à sa formation d'ingénieur en arts graphiques. Depuis qu'il a été mis au chômage, il n'a probablement plus de connaissance dans ce domaine et plus aucune motivation. Il n'entendait de toute façon pas faire valoir une éventuelle capacité de travail. Cela étant, il n'y a du point de vue somatique pas de limitation fonctionnelle significative à l'exercice de cette profession. Dans une autre activité, moins exigeante, avec limitation du port de charges, une totale capacité de travail est exigible pour autant qu'elle respecte les règles d'hygiène lombaire. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? A temps plein 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Non". Dans un avis médical du 9 juin 2005, le SMR a retenu que selon l'expertise du 15 avril 2005 du Dr D. _____, l'assuré n'a jamais présenté d'atteintes invalidantes, mais tout au plus une incapacité de travail ponctuelle en 1995 ou 1997. D'un point de vue somatique, l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle significative dans l'exercice de son activité habituelle. Le SMR a estimé que la capacité de travail exigible de l'assuré était d'au moins 80% dans son activité habituelle, de sorte que la rente devait être supprimée. d) Par décision du 23 février 2006, retenant que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante au sens de la LAI, compte tenu du fait que le problème principal était l'éthylisme – qui n'est pas invalidant en tant que tel – et que les autres atteintes à la santé permettaient d'exiger l'exercice d'une activité adaptée, l'OAI a supprimé la rente, se fondant sur l'art. 53 al. 2 LPGA. Par courrier du 23 mars 2006, l'assuré a formé opposition. Il a notamment produit un avis médical daté

du même jour de son médecin traitant, la Dresse M. _____, spécialiste FMH en médecine interne, dont il ressort ce qui suit: "En ma qualité de médecin traitant de F. _____, je vous confirme que sa capacité de travail est dans son activité antérieure d'imprimeur ainsi que dans toute autre branche professionnelle est de maximum 33%, au vu des limitations fonctionnelles se manifestant lors de port des charges de plus de cinq kilos, des stations statiques (debout, assis, accroupi), de plus de deux à trois heures, d'une fatigabilité importante et d'une impossibilité de se concentrer sur une durée de travail de plus de deux à trois heures par jour. F. _____ présente des problèmes psychiques de longue date se manifestant par des troubles de l'adaptation avec conduites additives. Il présente depuis l'âge de 27-28 ans une consommation abusive et excessive d'alcool, entraînant des complications somatiques. Pendant de nombreuses années, F. _____ a présenté une attitude anosognosique par rapport à la consommation d'alcool. Cette conduite additive est très probablement révélatrice d'un état dépressif sous-jacent. On peut se demander si la poursuite de cette conduite ne pourrait pas être assimilée à un comportement suicidaire." Sur la base de cet avis, dont le Dr D. _____ n'a pas eu connaissance au moment de l'expertise, l'assuré soutient que son éthylisme étant secondaire, il est invalidant. Interpellée par l'OAI, la Dresse M. _____ a rendu un rapport médical le 22 juin 2008, duquel il ressort notamment que l'assuré présentait un état dépressif depuis 1990 et qu'il n'était pas apte à exercer une activité professionnelle, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, somatiques, psychologiques et sociales. Selon le SMR, le rapport médical du 22 juin 2008 de la Dresse M. _____ n'apportait aucun élément nouveau par rapport à l'expertise du 15 avril 2005 du Dr D. _____. En effet, toutes les atteintes qu'elle avait relevées existaient déjà depuis au moins 1999 et ce médecin n'a fait état d'aucune aggravation. S'agissant d'une atteinte psychiatrique, le SMR a souligné que le Dr D. _____ n'avait pas diagnostiqué d'état dépressif, contrairement à la Dresse M. _____. Il a relevé que l'assuré ne bénéficiait d'aucune prise en charge spécialisée en la matière ni de traitement antidépresseur. Partant, l'éthylisme présenté par l'assuré devait être considéré comme primaire et par conséquent n'avait pas de caractère invalidant au sens de la LAI. Par décision sur opposition du 22 août 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré. B. Par acte du 24 septembre 2008, F. _____ a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 22 août 2008 de l'OAI, concluant à ce que son droit à la rente soit maintenu, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI en vue de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le recourant estime que l'expertise du 15 avril 2005 du Dr D. _____, sur laquelle s'est fondée l'OAI pour supprimer sa rente, est incomplète, un volet psychiatrique faisant défaut; il ne conteste pas l'expertise sur le plan somatique. Il relève que son état de santé n'a pas non plus été examiné, sur le plan psychiatrique, par le SMR. Il a produit une attestation médicale du 18 septembre 2008 de son psychiatre traitant, le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel le recourant présente, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail depuis plusieurs années. Se fondant sur l'ATF 95 V 28, il soutient qu'un éthylisme secondaire à une pathologie psychiatrique doit être considéré comme invalidant au sens de la LAI, de sorte que sa rente doit être maintenue. Par réponse du 19 décembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par courrier du 1^{er} avril 2009, le recourant relève que, selon le Dr W. _____ (attestation médicale du 21 janvier 2009), il présente une personnalité évitante avec des traits phobiques, des tendances dépressives et une dépendance à l'alcool, qui paraissant secondaire aux atteintes psychiatriques est par conséquent invalidante au sens de la LAI. Selon le Dr W. _____, la capacité de travail du recourant est nulle. Par courrier du 12

mai 2009, l'OAI relève que les éventuelles atteintes psychiques que présenterait le recourant sont mentionnées pour la première fois par le médecin traitant, le Dr M. _____, soit juste après la notification de décision de suppression de la rente, et qu'avant le 12 septembre 2008, le recourant n'a jamais bénéficié d'un quelconque suivi ou traitement psychiatrique. L'OAI retient en outre que le psychiatre traitant, le Dr W. _____, évoque quelques diagnostics psychiatriques, sans les étayer par des constatations objectives ni de description précise du status psychiatrique. Il estime par ailleurs que les constatations de ce dernier médecin sont en totale contradiction avec l'ensemble des pièces médicales versées au dossier. Pour l'OAI, il apparaît évident que les principales difficultés rencontrées par le recourant sont liées à sa dépendance à l'alcool, laquelle a débuté dans les années 70, sans qu'aucune atteinte psychiatrique n'en soit la cause. L'OAI s'appuyant sur l'ATF 99 V 28, consid. 2, estime dès lors que cette dépendance est clairement primaire, de sorte qu'elle ne peut être considérée comme une atteinte invalidante au sens de la LAI. Partant, il confirme son préavis pour le rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; il est en outre recevable en la forme. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit au maintien de sa rente d'invalidité, l'OAI ayant reconsidéré sa décision du 11 août 1998 au motif que celle-ci était manifestement erronée. 3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5, et les références). La question de

savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1, et les références). Lorsque les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383, consid. 3, et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe suffire à justifier une reconsidération (ATF 117 V 8, consid. 2c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2, et les références). En d'autres termes, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation en cause, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de fait essentiels (TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008, consid. 5.3; 9C_659/2009 précité, consid. 3.2). S'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière, qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (TF 9C_659/2008 du 31 octobre 2008, consid. 4 in fine ; 9C_659/2009 précité, consid. 3.3 in fine). b) En l'occurrence, pour déterminer une incapacité de travail à 69%, l'OAI a uniquement fait la moyenne de l'incapacité de travail durant le délai d'attente. La situation du recourant n'a pas été examinée sous l'angle de l'atteinte à la santé, en particulier des conséquences de celle-ci sur la capacité de travail. L'OAI n'a ainsi pas procédé conformément à la méthode générale de comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 aLAI, en vigueur à l'époque. Or, selon le Tribunal fédéral la détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de

l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé, ce qui n'est pas admissible. L'office intimé aurait donc dû procéder selon la méthode générale de comparaison des revenus (cf. art. 28 al. 2 LAI; TFA I 210/02 du 11 décembre 2002). Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a précisément admis le principe d'une reconsidération pour le motif évoqué ci-dessus. En l'espèce, la décision du 15 mai 1998 de l'OAI n'ayant pas tenu compte d'une capacité de travail résiduelle du recourant déterminée selon la méthode générale de comparaison des revenus, le principe d'une reconsidération de cette décision doit être admis.

4. a) Dès lors qu'il est admis que la décision initiale est manifestement erronée, il convient d'examiner la situation au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (TFA I 302/04 du 27 mars 2006). b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de la durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité le revenu que le recourant 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 sur un marché du travail équilibré. Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 le traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b). En l'espèce, le recourant est sans activité lucrative, de sorte qu'il conviendrait de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). Cependant, selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude; en pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; TFA I 274/05 du

21 mars 2006, consid. 1.1; Pratique VSI 2002 p. 64; RCC 1980 p. 263). Le juge des assurances sociales 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. Cependant, 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées). 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 (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. L'assureur et l'instance de recours sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). d) En l'occurrence, s'agissant de l'éthylisme du recourant, celui-ci est connu de longue date (années 70). Cependant, seuls les médecins traitants, la Dresse M. _____, spécialiste FMH en médecine interne, et le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, consultés par le recourant à partir de 2006 respectivement 2008, confère à son éthylisme un caractère secondaire, donc invalidant au sens de la LAI. Ces médecins sont également les premiers à

soutenir que le recourant présente des atteintes psychiatriques depuis plusieurs années. Dans son rapport du 23 mars 2006, la Dresse M._____ déclare que "cette conduite additive est très probablement révélatrice d'un état dépressif sous-jacent. On peut se demander si la poursuite de cette conduite ne pourrait pas être assimilée à un comportement suicidaire". Malgré une telle appréciation, qui échappe par ailleurs au domaine de compétence de ce médecin, ce n'est qu'à partir de septembre 2008, que le recourant consulte un psychiatre, soit deux ans et demi après. En outre, jusqu'à septembre 2008, aucune médication, notamment sous forme d'antidépresseur, n'a été prescrite au recourant. Aucun autre médecin n'ayant fait état d'atteintes psychiatriques, l'appréciation de la Dresse M._____ sur ce point n'emporte pas la conviction, d'autant plus qu'elle-même ne fait que supposer, sans affirmer, l'existence de telles atteintes. En ce qui concerne les attestations du Dr W._____, elles sont insuffisamment motivées et ne posent aucun diagnostic précis, conforme notamment à la classification internationale. Ce médecin n'explique notamment pas en quoi ni dans quelle mesure une éventuelle atteinte psychiatrique aurait des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Les autres indications contenues dans ce certificat (âge, durée de l'inactivité, etc.), qui ne sont pas remises en cause, ne constituent pas une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. Force est dès lors de constater qu'il n'est pas établi que l'alcoolisme du recourant a provoqué une maladie entraînant une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou qu'il résulte lui-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie. Cet alcoolisme est donc primaire et, avec l'OAI, on doit convenir qu'il ne s'agit pas d'une atteinte invalidante au sens de la LAI. D'ailleurs, le précédent médecin traitant du recourant admettait en 2004 que son patient pourrait travailler s'il arrêta de boire. e) L'expertise du 15 avril 2005 du Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne, remplit les exigences jurisprudentielles de force probante; par ailleurs, s'agissant du volet somatique, le recourant ne conteste nullement son bien-fondé. Compte tenu de ses conclusions ainsi que du fait que l'éthylisme présenté par le recourant n'est pas invalidant au sens de la LAI, on doit admettre que la capacité de travail du recourant était entière au moment de la décision querellée et qu'elle l'a toujours été. Au vu de ce qui précède, la décision du 15 mai 1998 de l'OAI était donc non seulement manifestement erronée mais, en plus, sa rectification revêt une importance notable dans la mesure où elle conduit à supprimer la rente allouée au recourant (cf. TFA I 210/02 du 11 décembre 2002). C'est donc à bon droit que l'OAI a reconsidéré cette décision et supprimer la rente du recourant. 5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). En outre, il n'y a pas lieu dans ces circonstances d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 24 septembre 2008 par F._____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 22 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant F._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président: _____ Le greffier: Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à: ■ Me Sandrine Osojnak (pour

F. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier:

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