

VD_GERICHTE ZD08.008834 vom 8. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.008834

FR: VD_GERICHTE ZD08.008834 du 8 février 2011

IT: VD_GERICHTE ZD08.008834 del 8 febbraio 2011

Erwägungen

E. 2

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

- 12 - 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé entraînant une invalidité au sens de l'AI, et le cas échéant à partir de quelle date.

E. 3

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 1 LPGA). On entend par 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon diverses méthodes entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même lors d'une révision de celui-ci. La méthode ordinaire de comparaison des revenus prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide) (art. 16 LPGA). c) A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité

- 13 - au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références). d) 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 (Thoney/Gammeter, Alcool: problèmes psychiatriques courants "La boîte à outils du praticien" in Revue médicale de la Suisse romande, 2004, pp. 415 ss; Gammeter, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002, pp. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002, pp. 90 ss; Davidson, Identification et traitements des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999, p. 1720).

E. 4

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

- 14 - 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 5

a) La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités

ce

- 15 - dernier est incapable de travailler (ATF 114 V 310 consid. 3c et 105 V 205 consid. 2; Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité: étude de la législation sociale, thèse, Lausanne 1985, pp. 29 ss et 45 ss; Achermann, L'évaluation de l'incapacité de travail et de gain dans les assurances sociales in RCC 1980 p. 66). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2). b) aa) En l'espèce, il est constant qu'avant le rapport médical établi le 5 mai 2004 par la Dresse D. _____ (cardiologue traitant), aucune atteinte invalidante n'a été diagnostiquée. L'aggravation de l'état de santé du recourant ainsi mise en évidence a justifié une instruction détaillée sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) réalisée par les médecins spécialisés du Centre d'expertises médicales de la [...] à [...]. Selon rapport d'expertise du 8 novembre 2005, après avoir retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques (M54.4), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), syndrome de dépendance à l'alcool sévère, utilisation continue (F 10.25) et status post plusieurs pancréatites aiguës alcooliques en mars 2004, décembre 2004 puis mai 2005 (K85.X), les experts concluaient à une capacité de travail diminuée de 50 % dès mars 2004, puis diminuée de 100% depuis décembre 2004. Une réévaluation devant être effectuée dans les deux ans. Ces conclusions ont été partagées selon rapport médical du 25 novembre 2005 des médecins du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), lesquels ont également attesté une incapacité de travail à 100 % depuis décembre 2004 (du 8 au 25 avril 2005 et du 23 septembre au 13 octobre 2005, pour les autres dates, voir avec le médecin traitant), ceci en raison d'une "chronicisation de la symptomatologie dépressive dans le cadre d'un deuil compliqué d'un éthylysme chronique [qui] implique que toute réintégration dans la vie active est impossible". Par avis médical SMR du 15 décembre 2005, le Dr W. _____ conteste la valeur des conclusions du COMAI, en raison des liens de proximité du Centre d'Observation Médicale de l'AI (COMAI) avec

- 16 - le DUPA, du délai de rédaction de plus de trois mois pour établir le rapport, de la présence de la fille de l'assuré en tant que traductrice ainsi que l'alcoolisation de l'assuré lors de l'entretien psychiatrique, de même du fait que, depuis le 25 avril 2005, les symptômes dépressifs s'étaient amendés. Il s'en est suivi l'établissement d'un rapport d'examen du 23 juin 2006 de la Dresse G. _____, consécutif à un examen psychiatrique pratiqué le 24 mars 2006 au SMR. Cette psychiatre retient que dans le contexte de son processus de deuil, l'assuré a souffert de deux épisodes dépressifs d'intensité moyenne qui ont motivé des hospitalisations en milieu psychiatrique entre le 8 avril 2005 et le 25 avril 2005, ainsi qu'entre le 23 septembre 2005 et le 13 octobre 2005. Hors de ces périodes, aucun élément dépressif à composante invalidante n'a pu être identifié. Partant, bien que l'expertise COMAI du 8 novembre 2005 fasse état d'une symptomatologie dépressive moyenne portant atteinte sur la capacité de travail du recourant, cette appréciation serait sujette à réserves en raison de l'alcoolisation aiguë de l'intéressé. A l'opposé, lors de l'examen du 24 mars 2006 au SMR, le recourant est venu à jeun, ne consommant plus d'alcool depuis début janvier 2006. Dans ces circonstances, aucun signe de dépression sévère n'avait pu être objectivé en dehors des périodes d'hospitalisation précitées, l'examen pratiqué ne pouvant pas reconnaître de composante invalidante aux symptômes dépressifs du recourant, qu'ils soient liés à son processus de deuil ou autre. Le 14 décembre 2006, le responsable du COMAI a précisé que bien qu'une capacité de travail de 60 % avait été retenue dans l'activité d'aide de

cuisine, dans une activité physiquement plus adaptée, il n'existait pas de limitation sur le plan strictement ostéoarticulaire. Dans le cadre de la procédure administrative, un rapport médical du 4 avril 2007 des médecins du Service de Médecine Interne du [...] à [...] pose le diagnostic principal d'infarctus myocardique aigu antérieur (STEMI) survenu le 6 mars 2007.

- 17 - Selon rapport médical du 18 juin 2007 du cardiologue traitant, la capacité de travail est de 50 % dans une nouvelle activité adaptée aux limitations. Selon avis du 27 novembre 2007, le Dr W. _____ admet une incapacité de travail totale de janvier à avril 2007 en raison de la maladie coronarienne du recourant. Interpellée en cours de procédure judiciaire, la Dresse D. _____ atteste, le 10 février 2009, d'une incapacité de travail totale du recourant. bb) La question consiste en l'espèce à savoir si les observations et conclusions du COMAI, partagées par le DUPA, attestant d'une incapacité de travail du recourant dès décembre 2004 ont valeur probante en l'espèce ou si à l'inverse, les conclusions du rapport d'examen de la Dresse G. _____ doivent prévaloir. On constate en premier lieu que le rapport d'expertise médicale COMAI du 8 novembre 2005 est le résultat du travail de deux spécialistes (l'un en médecine interne et l'autre en psychiatrie), qu'il se compose d'un bref extrait du dossier médical (pp. 2- 3), d'un rappel anamnestique (pp. 4-8), de constatations objectives générales (pp. 8-9), de constatations et d'une appréciation spécialisés en rhumatologie (pp. 9-11), d'une consultation de psychiatrie (pp. 11-12), de diagnostics précis selon classification de la CIM-10 (p. 13) et d'une appréciation détaillée et motivée de l'état de santé général de l'expertisé (pp. 13-16). A l'aune de ces éléments, les constatations du COMAI paraissent a priori pouvoir se voir reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4 supra). Il importe à ce stade, d'examiner les critiques élevées par le Dr W. _____ selon avis médical SMR du 15 décembre 2005. cc) Le Dr W. _____ soutient tout d'abord que les liens unissant le COMAI au DUPA auraient pour conséquence que le COMAI ne présenterait pas toutes les garanties de neutralité souhaitables. Ce grief

- 18 - ne saurait être retenu étant posé qu'il s'agit là d'une simple allégation de la part du médecin du SMR, non étayée par des éléments objectifs. Le reproche selon lequel la valeur de l'expertise aurait été affectée par le délai de trois mois lié à l'établissement du rapport COMAI ne représente à nouveau qu'une supposition non objectivée en l'espèce, de sorte qu'il n'est pas possible d'en tenir compte. Le Dr W. _____ oppose ensuite que la présence de la fille de l'expertisé en tant que traductrice constituerait une transgression des conditions de neutralité nécessaires. On relève que les conclusions de l'expertise en question reposent en particulier sur deux examens cliniques spécialisés (consultation de rhumatologie [pp. 9-11] et consultation de psychiatrie [pp. 11-12]) qui relatent des constatations médicales objectives relevées par des spécialistes. Dans cette mesure, l'on conçoit mal quelle incidence la présence de la fille de l'assuré aurait pu avoir sur de telles observations d'ordre purement médical. De surcroît, il s'agit là une nouvelle fois de suppositions avancées par le médecin du SMR, étant entendu qu'aucun élément n'autorise à mettre en doute le caractère exact des déclarations fournies par le recourant au COMAI. Le Dr W. _____ soutient encore que l'alcoolisation du recourant aurait faussé les conclusions de l'entretien psychiatrique. A lecture de l'expertise, il ressort des constatations de l'expert psychiatre que "l'état d'imprégnation éthylique" du recourant a rendu son examen pratiquement impossible. Il n' a ainsi pas échappé à l'expert du COMAI que l'expertisé se trouvait alors dans une période de crise (sans rémission depuis le décès par suicide de son épouse à la fin novembre 2004). C'est en tenant compte de ce facteur que l'expert psychiatre a notamment

diagnostiqué le syndrome de dépendance à l'alcool sévère, utilisation continue (F10.25) tout en réservant une réévaluation de la situation une fois la problématique stabilisée. Ces conclusions n'apparaissent pas critiquables, l'expert ayant tenu compte dans ses diagnostics de la situation particulière telle qu'elle se présentait au jour de l'examen. Contrairement aux affirmations du Dr W. _____, on observe que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) tel que diagnostiqué par l'expert du COMAI fait suite à un examen clinique pratiqué le 20 juillet 2005, soit près de trois mois après le 24 avril 2005, moment où les symptômes dépressifs se seraient amendés. Considérant qu'à compter de cette dernière date le recourant

- 19 - n'était plus hospitalisé en milieu psychiatrique, au vu des circonstances d'espèce (en particulier les antécédents médicaux au dossier), le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) appert fondé. En définitive, on constate que les critiques du Dr W. _____ ne sont pas susceptibles de rediscuter le bien-fondé du rapport COMAI du

E. 8

novembre 2005. Ce constat peut éventuellement s'expliquer par le fait que le Dr W. _____, spécialiste FMH en chirurgie, n'est pas au bénéfice d'une spécialisation professionnelle dans les domaines médicaux concernés en l'espèce à savoir, la rhumatologie et la psychiatrie. Reste encore à examiner si, et le cas échéant dans quelle mesure, le rapport d'examen psychiatrique SMR du 23 juin 2006 pourrait remettre en cause les observations résultant du rapport d'expertise COMAI. dd) A l'instar de l'expertise COMAI, l'examen psychiatrique au SMR retient des incapacités de travail totales durant les deux hospitalisations, soit en date du 8 au 25 avril 2005 et du 23 septembre au

E. 13

octobre 2005 (diagnostic de status post deux épisodes dépressifs d'intensité moyenne, F32.1). Outre ces périodes, le psychiatre du SMR considère que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé d'ordre psychique susceptible de porter préjudice à sa capacité de travail. Aux dires de ce psychiatre, les manifestations d'ordre dépressif d'intensité moyenne décrites par le COMAI doivent être intégrées dans le tableau d'une consommation éthylique aiguë. Ainsi, examiné au SMR en état non alcoolisé, le recourant ne présenterait pas de signes de dépression, qu'elle soit actuelle ou ancienne. En l'espèce, seuls quelques mois séparent l'expertise COMAI (du 8 novembre 2005) du rapport d'examen SMR (du 23 juin 2006). A l'aune des règles applicables en matière de dépendance à l'alcool, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il est alors possible de retenir ou non l'existence d'une comorbidité psychiatrique (cf. consid. 3d supra). C'est dans cette optique que le rapport COMAI précise la nécessité d'une réévaluation de la situation dans les deux ans, une fois la période de crise passée et la problématique de dépendance à l'alcool mieux stabilisée. Dans ces circonstances, le diagnostic posé lors de l'examen médical SMR s'apparente plus à une appréciation divergente d'une situation légèrement

- 20 - évoluée à celle qu'elle était lors de l'expertise COMAI. L'avis contraire du psychiatre du SMR ne se révèle ainsi pas apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert psychiatre du COMAI, de sorte qu'en l'absence d'une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale n'appert pas nécessaire. 6. En définitive, sur la base des constatations des experts du COMAI, qui doivent prévaloir sur les conclusions du psychiatre du SMR pour les raisons exposées ci-dessus, la cour de céans retient que le

recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité en tout cas depuis décembre 2004. Le droit à la rente AI entière doit donc lui être reconnu à partir du 1er décembre 2005 (cf. les art. 28 al. 1 et 29 LAI, en vigueur du 1er janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, puis l'art. 28 al. 1 LAI dans sa nouvelle teneur depuis le 1er janvier 2008). Le recours doit par conséquent être admis en ce sens que le recourant a droit à une rente entière dès le 1er décembre 2005. Le degré d'invalidité est de 100 % quel que soit le calcul économique, puisque l'incapacité de travail est totale dans toute activité. Le dossier sera renvoyé à l'OAI pour qu'il fixe le montant de la rente de l'assuré et des éventuelles rentes pour ses enfants. La question de l'extinction du droit à des prestations (art. 24 al. 1 LPGA) ne se pose pas, dans la mesure où les prétentions du recourant n'étaient pas périmées au moment du dépôt de la demande (Kieser, *op. cit.*, ch. 20 ad art. 24 LPGA, p. 345). 7. 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'a par conséquent pas à supporter de frais judiciaires (art. 49 LPA-VD applicable - 21 - par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI. En effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en sa qualité d'organisme chargé de tâches d'intérêt public (art. 54 ss LAI). Il y a lieu d'allouer des dépens à hauteur de 2'000 fr. au recourant dans la mesure où ce dernier obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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