

VD_GERICHTE ZD08.028223 vom 17. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.028223

FR: VD_GERICHTE ZD08.028223 du 17 février 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.028223 del 17 febbraio 2010

Erwägungen

E. 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).

- 15 - 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 les 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

- 16 - 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, 2e 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

- 17 - 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.

- 18 - 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

- 19 - 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 arrêtait 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.

E. 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

- 20 - 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).

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