

# **VD\_GERICHTE ZD10.025697 vom 23. Dezember 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.025697](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.025697)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.025697 du 23 décembre 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.025697 del 23 dicembre 2011

## **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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé

- 12 - 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 déposé dans le délai utile et satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 2**

Après l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral et le complément d'instruction ordonné par la Cour de céans, il y a lieu de se prononcer sur le droit aux prestations et sur la conformité au droit fédéral de la décision de l'OAI du 9 février 2007. Les éventuelles aggravations de l'état de santé postérieures à cette date n'ont pas à être prises en compte dans la présente procédure de recours. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2). b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1er 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 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu

- 13 - 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins

donne droit à un quart de rente. 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 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. 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.

- 14 - 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; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, 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 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; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter 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 citées; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). c) 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

- 15 - 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; TF 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). On ajoutera que 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 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 et les arrêts cités). 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

- 16 - 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\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et la référence citée).

### **E. 3**

a) S'agissant de la problématique psychique, dans son expertise du 16 avril 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dépendance alcoolique (actuellement en rémission), de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen), de trouble anxiété généralisée et de trouble mixte de la personnalité. L'expert a relevé que les plaintes de l'assuré étaient malaisées à recenser, car son état mental rendait l'entretien difficile, et a éprouvé des difficultés à récolter les informations auprès de l'intéressé en raison de l'encéphalopathie hépatique et a dû compléter les données disponibles en s'entretenant avec son épouse et ses médecins traitants. Le Tribunal fédéral (consid. 4.2.2) a relevé que, ce faisant, l'expert avait correctement effectué son travail, son expertise n'étant donc en substance pas dénuée de valeur probante. Concernant le "trouble dépendance alcoolique", l'expert a signalé une consommation exagérée d'alcool depuis de très nombreuses années – ce qui correspond aux autres pièces versées au dossier, notamment à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ –, des sevrages et plusieurs rechutes, malgré les graves conséquences de son alcoolisme pour lui-même et son entourage. L'expert a ainsi diagnostiqué un trouble de dépendance alcoolique. Il a ensuite retenu un trouble dépressif majeur récurrent, l'état actuel pouvant être qualifié de moyen.

Quant au trouble de la personnalité, il a constaté des caractéristiques de dysfonctionnement et de souffrance psychique depuis les débuts de l'âge adulte; les traits de personnalité pathologiques s'étant accentués ces dernières années, justifiant le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. L'expert en a déduit que l'alcoolisme était primaire, en l'absence de trouble psychiatrique expliquant la dépendance de façon univoque, et que les troubles psychiatriques retenus n'avaient pas valeur incapacitante en soi. Toutefois, en raison des troubles intellectuels, l'assuré était maintenant

- 17 - totalement incapable de travailler, entraînant une incapacité de travail à 100% depuis le 1er septembre 2008, tandis que pour la période précédente on ne pouvait affirmer que le sujet aurait été incapable de travailler s'il n'avait pas abusé d'alcool. Dans leur expertise du 29 août 2011, les Drs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont notamment posé le diagnostic de déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool. Ils se sont référés à un nouveau rapport psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_. Dans leur appréciation du cas, se référant au rapport de ce dernier médecin – qui retient les diagnostics de syndrome de dépendance alcoolique, de déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool, de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble mixte de la personnalité – ils ont noté que la pathologie psychiatrique fonctionnelle de l'assuré était rassurante, un simple trouble anxieux et dépressif mixte et un trouble mixte de la personnalité ne pouvant justifier une incapacité de travail psychiatrique en soi. Ils ont relevé que, de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, l'alcoolisme était primaire et que, sans l'abus d'alcool, l'assuré aurait été capable de rester inséré dans le monde ordinaire de l'emploi, avec une diminution de rendement. Au vu des explications des médecins de la CRR, en particulier compte tenu du rapport circonstancié du Dr V.\_\_\_\_\_, on retiendra que l'alcoolisme de l'assuré est primaire, conclusion à laquelle ce médecin était déjà parvenu dans son expertise du 16 avril 2009. Le fait que cet expert s'était, à cette date, déjà prononcé sur l'état de santé psychique de l'assuré ne permet pas de douter de ses conclusions. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer que l'expertise de la CRR contredit celle du 16 avril 2009 du Dr V.\_\_\_\_\_, dès lors que cet expert se prononce non seulement sur l'alcoolisme mais également sur d'autres affections psychiques, tel un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi que l'éventuelle incapacité de travail en résultant. L'expertise de la CRR permet du reste clairement de déterminer que l'alcoolisme de l'assuré est primaire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il convient au demeurant de relever que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 9 juillet 2010, n'a émis aucune remarque dont

- 18 - on pourrait déduire que la première expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ n'avait pas pleine valeur probante. Les deux expertises réalisées par ce médecin peuvent donc être prises en considération et elles ne sont pas contradictoires entre elles. S'agissant de la période litigieuse, comprise jusqu'au 9 février 2007 (date de la décision attaquée), l'expertise de la CRR de même que celle, de 2009, établie par le Dr V.\_\_\_\_\_, permettent de conclure à l'absence de troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré, abstraction faite du trouble de dépendance alcoolique, qui a certes des conséquences sur la capacité de travail mais dont il n'y a pas lieu de tenir compte, pour les raisons déjà exposées. On s'écartera des avis contraires des médecins traitants, qui se basent sur des motivations moins fouillées et détaillées que celle de l'expert précité, ce d'autant plus que leurs avis doivent être appréciés avec les réserves d'usage. b) En ce qui concerne la problématique somatique, les experts de la CRR (rapport du 29 août 2011) ont posé les diagnostics de cirrhose éthylique compensée, de rachialgies non spécifiques, de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite débutante et de

déficit cognitif persistant lié à l'utilisation d'alcool. Ils ont procédé à un examen physique, à des examens de laboratoire, à des radiographies et à un examen neuropsychologique. Dans leur appréciation du cas, ils ont relevé, concernant l'atteinte ostéo-articulaire, qu'on ne pouvait exiger de l'assuré d'exercer la profession de soudeur ou toute autre profession nécessitant le soulèvement répété de charges supérieures à 10 kg, les positions accroupies ou en porte-à-faux du rachis, et ce depuis le premier novembre 2003, date de l'interruption définitive du travail. En revanche, dans toute activité respectant ces limitations, ils ont retenu une capacité de travail complète jusqu'au 1er décembre 2008, date de la décompensation hépatique, et se sont référés à des activités de contrôle ou administrative, dans la vente par exemple, ou d'ouvrier à un établi. Dès cette dernière date, les répercussions sur la capacité de travail de l'atteinte hépatique (sarcopénie, état de fatigue) et de la détérioration

- 19 - cognitive (lenteur, baisse consécutive du rendement, troubles mnésiques et exécutifs) doivent être prises en compte de façon globale, conjointement avec l'atteinte psychiatrique. Il y a lieu d'ajouter que l'analyse des médecins traitants ayant examiné l'assuré – soit les Drs R. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, de par les examens effectués – ne permet pas de contredire, sur le plan somatique, les conclusions de l'expertise de la CRR. c) En définitive, compte tenu de la composante tant psychique que somatique, les experts de la CRR ont retenu que l'incapacité de travail intervenait à partir du 1er décembre 2008 dans une activité adaptée à l'atteinte ostéo-articulaire, entraînant une incapacité de travail de 50%. L'incidence de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail déploie ses effets après la date de la décision attaquée (qui a été rendue le 9 février 2007), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans la présente procédure de recours. Il s'ensuit que le recourant présente, pour la période litigieuse, une pleine capacité de travail. Dès lors, en l'absence de degré d'invalidité, le droit à la rente doit être nié, ce qui conduit au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

#### **E. 4**

a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (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 [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). 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, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et

- 20 - législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. b) Le recourant a par la suite obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, à compter du 10 décembre 2010 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Carré a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée selon les heures attribuées à l'avocat à 5.66 heures. L'indemnité de

Me Carré s'élève donc à 1'018 fr. 80 (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoute les frais et débours par 170 fr. et la TVA par 95 fr. 10. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 1'283 fr. 90, TVA incluse. c) Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton. Vu l'issue du litige, le recourant succombe et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPG).

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