

VD_GERICHTE ZD12.024378 vom 26. März 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.024378

FR: VD_GERICHTE ZD12.024378 du 26 mars 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.024378 del 26 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

a) 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'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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 et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son incapacité de travail.

E. 3

a) 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. 1 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

- 13 - santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les

atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art.

E. 8

LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010

- 14 - consid. 2.1 et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). b) 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 51 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 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 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. 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

- 15 - En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision

administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées; TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5; TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). c) 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; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), 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

- 16 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2; TF 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). d) D'après une jurisprudence constante, 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 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 et la référence citée; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

- 17 - 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 (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance- invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4; TF I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

- 18 - 4. a) Dans le cas présent, à la demande de l'OAI, la recourante a été soumise à un examen psychiatrique par le Dr G._____. Dans son expertise du 6 février 2012, ce spécialiste a diagnostiqué une dépendance éthylique primaire et, comme affection secondaire, un épisode dépressif récurrent moyen, en rémission. Il a en outre retenu les atteintes, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité dépendante – avec traits de personnalité paranoïaque, exacerbées lors des consommations éthyliques – et d'anxiété généralisée, actuellement en rémission partielle. Compte tenu de l'ensemble du tableau clinique, il a retenu une pleine capacité de travail médico-théorique en cas d'abstinence éthylique. Le sevrage éthylique était exigible, dès lors qu'il s'agissait d'une dépendance éthylique primaire, ayant favorisé et précédé l'éclosion des épisodes dépressifs moyens. La dernière activité professionnelle exercée était exigible, pour autant que l'assurée parvenait à arrêter totalement sa consommation éthylique quotidienne excessive; il n'y avait pas de diminution de rendement et l'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Le Dr G._____ s'est basé sur une anamnèse détaillée et sur des examens psychiatriques complets, comprenant notamment un examen neurocognitif ainsi que la recherche de symptômes psychotiques, de troubles de l'humeur, de signes d'anxiété généralisée, de troubles de la personnalité et de trouble de l'adaptation. Ses conclusions, résultant d'une appréciation du cas fine et dûment étayée, sont claires et convaincantes. b) La recourante conteste les conclusions du Dr G._____. Se fondant sur l'avis de la Dresse H._____, elle soutient que le trouble de la personnalité dont elle est atteinte a été la cause de sa dépendance à l'alcool, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une dépendance primaire, et qu'elle présente une incapacité de travail totale. Dans son rapport du 15 juin 2012, la Dresse H._____ a relevé que les pathologies psychiatriques de l'assurée étaient invalidantes et ne résultaient pas d'une consommation d'alcool. Elle a considéré la problématique d'alcool comme une comorbidité relevant d'une tentative

- 19 - d'automédication pour faire face aux montées d'angoisse. Elle a relevé que l'assurée présentait un fonctionnement psychique fragile depuis l'enfance, avec une importante anxiété et une dépendance relationnelle; au vu de l'anamnèse, le diagnostic d'anxiété généralisée était toujours présent. Or, l'expert a relevé, au sujet de l'anxiété, que l'assurée n'avait pas d'attaques de panique, qu'elle ne présentait pas de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif ni de pensées intrusives et qu'il n'y avait pas de comportement compulsif, de phobie simple ni d'état de stress post-traumatique. Relevant la présence de signes d'anxiété généralisée, l'expert a relevé que le diagnostic différentiel avec des sevrages ou abus éthyliques était difficile à établir. Il s'est ensuite fondé sur des examens psychométriques, avant de retenir que l'anxiété généralisée était actuellement en rémission. Les explications de l'expert, qui s'appuie sur des outils diagnostics scientifiques, sont plus approfondies et étayées que celles, en l'occurrence succinctes, de la Dresse H._____. En outre, dès lors que l'expert a évoqué la difficulté de distinguer l'anxiété de l'alcoolisme, on ne peut qu'en déduire que la présence d'une comorbidité psychiatrique du fait de la présence d'anxiété n'est pas clairement établie. On ajoutera que l'avis de la Dresse H._____, en tant que psychiatre traitant de l'assurée, doit être apprécié avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail. Au vu des difficultés de compréhension de l'assurée à l'égard des questions administratives et de l'absence de limitations intellectuelles, le psychiatre traitant a retenu la présence d'une symptomatologie psychotique. A ce sujet, se fondant sur une échelle de gravité des symptômes psychotiques, l'expert a constaté un état psychotique à la limite de la norme; se basant ensuite sur le modèle pyramidal des symptômes psychotiques, il n'a constaté aucune symptomatologie psychotique; il a retenu la présence de traits de la personnalité paranoïaques, toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Les explications de l'expert, fondées sur des diagnostics scientifiques, sont plus convaincantes que celles de la Dresse H._____, dont l'avis au sujet de la capacité de travail doit être apprécié avec réserve. En outre, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles, selon cette spécialiste, la

- 20 - seule présence de difficultés de compréhension pour des questions administratives suffirait à justifier la présence de troubles psychotiques. Au niveau de l'humeur, la Dresse H._____ a constaté que l'assurée pleurait lors des entretiens à l'évocation d'événements qu'elle n'arrivait pas à résoudre elle-même et qu'elle présentait des idées noires récurrentes en lien avec un sentiment d'abandon – ce qui relevait du trouble de la personnalité dépendante – ainsi que de l'apragmatisme. Pour sa part, en se fondant dans le détail sur les critères de la CIM-10 ainsi que sur les échelles de Hamilton et de Young, soit sur des outils scientifiques (au sujet de l'utilisation de l'échelle de Hamilton: TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.4; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 4.2.2), l'expert a retenu la présence d'un épisode dépressif récurrent moyen, en rémission. L'expert a en outre clairement exposé que la dépendance à l'alcool avait favorisé la survenance de l'épisode dépressif moyen, alors que la Dresse H._____ n'a pas fait valoir que les troubles de l'humeur étaient survenus avant la dépendance à l'alcool. Concernant la survenance des événements, l'expert a en effet retenu une consommation excessive d'alcool depuis 2005, dans un contexte de conflits conjugaux, et une incapacité de travail depuis le 31 août 2009 – conformément aux indications du Dr D._____ (rapport du 5 avril 2011) – en raison de l'épisode dépressif, ainsi que l'ont également retenu les Drs T._____ et I._____ (avis médical du SMR du 30 août 2012). La Dresse H._____, qui suit la recourante depuis le 9 août 2010 seulement, ne saurait valablement, au vu de ses propres constatations, contredire ces données ressortant de l'anamnèse. Il convient donc de retenir que la

dépendance à l'alcool est primaire et que l'épisode dépressif est secondaire à cette atteinte. L'expert a clairement retenu que la capacité de travail était entière en cas d'abstinence éthylique, sans diminution de rendement, et qu'il y avait une exigibilité pour un sevrage éthylique. La Dresse H. _____, qui ne se prononce pas au sujet d'un sevrage d'alcool, ne saurait donc contredire l'expert. Le Dr D. _____ a du reste relevé que l'abus d'alcool contribuait très probablement à l'aggravation de l'état

- 21 - psychique et qu'une maîtrise de la consommation d'alcool était très probablement exigible (rapport du 30 juin 2011). Au demeurant, selon la jurisprudence, les signes et symptômes psychiatriques induits par l'alcool s'amendent en règle générale spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Dans le cas d'espèce, au vu notamment de l'avis circonstancié et motivé du Dr G. _____, dont le rapport d'expertise a valeur probante, il y a lieu de retenir qu'en cas d'abstinence à l'alcool la recourante présente une pleine capacité de travail. c) En conséquence, les problèmes de dépendance à l'alcool de la recourante ne donnent pas droit à une rente d'invalidité et les atteintes psychiques dont elle est atteinte n'ont pas de caractère invalidant. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée. 5. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

- 22 - 6. 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). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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