

# **VD\_GERICHTE ZD13.004279 vom 2. Oktober 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-10-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.004279](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.004279)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.004279 du 2 octobre 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD13.004279 del 2 ottobre 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'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 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 déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 LPGA) et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

### **E. 2**

Le litige porte sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

### **E. 3**

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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

- 8 - atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353

consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2 ; 8C\_1034/2010 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). c) Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). d) Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical

- 9 - n'est en principe ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). e) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer 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), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 ; TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

#### **E. 4**

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

- 10 - 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 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1). 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 (TFA I 390/01 du 19 juin 2002 consid. 2). 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 8C\_356/2012 du 11 février 2013 et jurisprudence citée). Lorsqu'une toxicodépendance n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, on emploie parfois la terminologie d'affection "primaire", qui n'est pas constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale (TF 9C\_219/2007 du 3 avril 2008).

## E. 5

En l'espèce, les éléments du dossier ne permettent pas de savoir quel était l'état de santé physique et psychique du recourant avant 2007, soit avant sa prise en charge par le Dr G.\_\_\_\_\_. Plus précisément, il n'y a pas de rapport médical permettant de déterminer quelle affection,

- 11 - de la dépendance ou de l'état dépressif plus particulièrement, est apparue la première. La Dresse H.\_\_\_\_\_ n'a donné aucune indication quant à la date d'apparition de l'épisode dépressif sévère et de la dépendance, et pour cause, celle-ci n'étant consultée que depuis le 22 septembre 2011. Il n'y a en outre pratiquement aucune indication concernant les motifs d'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique X.\_\_\_\_\_. Le rapport SMR du 21 septembre 2012 évoque une toxicomanie de type primaire et ancienne et conclut que le trouble dépressif est secondaire à la polytoxicomanie sans pourtant que figure au dossier la moindre indication fiable quant au point de départ de la dépendance. Plus particulièrement, s'il apparaît ressortir du dossier que l'état dépressif existe depuis 2006, aucune pièce ne permet de soutenir que la toxicomanie est antérieure à 2006. Seul le rapport initial de détection précoce, dans lequel sont consignées les déclarations du recourant, mentionne plusieurs événements survenus en 2006, tels que deuils, atteinte à la santé de la mère du recourant et départ de sa femme avec ses enfants, ce pourquoi il serait "alors tombé dans la drogue". Il est notoire que ce genre d'évènements peut être à l'origine d'un état dépressif, lequel peut entraîner une dépendance. Les déclarations du recourant ne sont cependant confortées par aucun élément de preuve, faute pour l'administration d'avoir instruit sur ce point. De plus, même si l'on pouvait affirmer sur la base du dossier que la toxicomanie était apparue la première, les pièces médicales ne permettent pas de déterminer si elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte psychique nuisant à la capacité de gain au sens de la loi et de la jurisprudence précitée (cf. supra consid. 4). Finalement, il paraît encore utile de relever que le rapport du SMR, sur lequel l'OAI s'est fondé pour prendre sa décision, ne remplit pas les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3). En effet, outre le fait que le Dr Q.\_\_\_\_\_, qui se fonde sur le rapport des médecins de la Clinique R.\_\_\_\_\_, affirme que la toxicomanie est primaire, alors que cela ne ressort aucunement dudit rapport, il convient de noter qu'il parle de dépendance tant aux

- 12 - opiacés qu'à l'alcool, alors que cette dernière dépendance n'est mentionnée nulle part au dossier. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'amène aucun élément pour étayer ces affirmations. De

plus, il sied de constater que ce médecin n'est pas psychiatre et que son raisonnement semble provenir d'une discussion qu'il a eue avec un psychiatre du SMR, lequel n'a toutefois pas signé le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_.

#### **E. 6**

a) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Kieser, ATSG- Kommentar, 2e éd. N° 12 et 17 ad art. 43 LPGa). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet

- 13 - d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, l'état de fait est incomplet, plus particulièrement sur la question de savoir quand sont apparus la toxicomanie et l'état dépressif et quelle a été leur évolution respective. Il s'agira dès lors d'investiguer plus avant sur l'état de santé du recourant, notamment auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, voire du ou des médecins traitants précédents, et si nécessaire, de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer si la dépendance est primaire ou secondaire.

#### **E. 7**

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision de l'OAI du 20 décembre 2012 étant annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) 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'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGa ; art. 55 al.1 LPA-VD). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause. Ainsi, représenté par un mandataire

professionnel, il peut prétendre à l'octroi de dépens, qu'il y a lieu d'arrêter à 1'000 fr., à charge de l'intimé (art. 56 al. 2 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à charge de l'OAI.

- 14 -

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