

VD_GERICHTE ZD14.021719 vom 19. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.021719

FR: VD_GERICHTE ZD14.021719 du 19 mars 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.021719 del 19 marzo 2015

Erwägungen

E. 6

a) En l'espèce, l'intimé, respectivement le SMR, s'est fondé principalement sur le rapport établi par le dispositif O._____ le 28 février 2013 pour nier l'invalidité du recourant au sens de la loi. Sur cette base, il a considéré que la dépendance alcoolique dont l'assuré souffre est primaire et ne ressortit dès lors pas à l'AI La Cour de céans constate que l'OAI, respectivement le SMR déduit du rapport O._____ que l'alcoolisme du recourant, dès lors qu'il aurait débuté à l'adolescence dans un cadre festif pour se poursuivre dans le cadre professionnel, est primaire, alors que le rapport O._____ se contente d'observer que le recourant a commencé à boire de l'alcool à l'âge de 16 ans dans le cadre de fêtes. Le fait que le recourant ait commencé à consommer des boissons alcooliques durant l'adolescence n'implique pas de facto qu'il présentait dès cette époque une dépendance alcoolique, ce qui suffirait, selon ce que semble exposer le SMR, pour considérer que celle-ci est primaire. D'ailleurs, cette déduction

- 23 - hypothétique est contredite par le rapport O._____ lui-même, qui retient que l'alcool a commencé à devenir problématique en 2010, dans le cadre d'un conflit de couple. C'est également ce qu'indique le Dr X._____ dans son anamnèse. A cela s'ajoute le fait que, selon les explications fournies par le médecin traitant du recourant, notamment dans son rapport médical du 27 juillet 2013, le recourant a souffert de décompensation dépressive sur un terrain dépressif ancien. L'existence d'un terrain dépressif ancien n'est pas exclu si l'on en croit les déclarations du Dr X._____, selon lesquelles le recourant consommait de plus en plus d'alcool afin de soulager sa dépression. Certes, l'évocation d'un terrain dépressif ancien et d'une décompensation de cet ordre ne suffisent pas pour retenir d'emblée, comme le fait le médecin traitant, praticien et non psychiatre, que l'alcoolisme du recourant serait secondaire au trouble dépressif. En revanche, elle induit un doute quant à l'appréciation médicale faite par le SMR, qui n'a du reste pas examiné lui-même le recourant, étant relevé que l'on ne sait rien de ce "terrain dépressif ancien", de son éventuel traitement et de ses possibles répercussions sur l'état de santé du recourant, en particulier sur sa dépendance alcoolique. Il est utile de relever que le rapport O._____ n'a pas été établi par des psychiatres mais par des spécialistes en alcoologie. Ils n'ont d'ailleurs pas posé de diagnostic psychiatrique à proprement parler, faisant seulement état de leurs constats ("[réd. : patient] conscient, calme, collaborant et orienté dans les quatre modes. Le discours est lucide et cohérent sans fuite des idées ni trouble formel de la pensée. On ne relève pas de crainte ni d'obsession, pas de symptôme psychotique floride. L'humeur est neutre, la psychomotricité est normale, le sommeil et l'appétit sont perturbés. Le comportement reste adéquat, sans auto ou hétéro-agressivité. Le patient est distant de toute idée noire ou suicidaire"). Leur tâche ne consistait d'ailleurs pas à évaluer psychiquement le recourant, ni à dire si l'alcoolisme était primaire ou secondaire ou s'il y avait une

comorbidité indépendante, mais à se prononcer sur sa dépendance alcoolique en soi. Par ailleurs, il y a une certaine contradiction entre la déclaration du Dr X. _____, selon laquelle le recourant aurait commis une tentative de suicide au début du mois de février 2013 et l'exposé dans le rapport O. _____, selon lequel le patient était distant de toute idée noire ou

- 24 - suicidaire. On ignore notamment si cette dernière constatation ne se réfère qu'à la situation à fin février 2013, après le sevrage auquel s'est soumis le recourant, apparemment avec succès. En tout état de cause, il apparaît toutefois qu'aucune évaluation psychiatrique n'a été effectuée. L'instruction apparaît dès lors comme lacunaire sur le plan médical. La mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et interniste, s'avère donc nécessaire, le but étant d'évaluer s'il y a invalidité du chef du comportement addictif du recourant, que cela soit la consommation d'alcool qui ait entraîné ou facilité une atteinte à la santé psychique ou que cette dernière ait provoqué l'alcoolisme. On précisera encore que ce qui justifie avant tout la mise en œuvre d'une expertise sur le plan psychiatrique c'est l'ignorance dans laquelle on se trouve quant à l'existence ou non d'une comorbidité psychiatrique indépendante et associée à l'alcoolisme primaire (un état dépressif sévère avec tentamen, dont le diagnostic devra être posé *lege artis*), qui semble ne pas s'être amendée malgré une brève amélioration de la thymie après sevrage et qui paraît contribuer dans une certaine proportion à l'incapacité de gain du recourant. Une instruction médicale sur le plan physique est également nécessaire afin de déterminer si l'alcoolisme a provoqué des atteintes physiques importantes - ce qui semble être le cas (varices oesophagiennes, importante hernie hiatale etc.) - qui justifient des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée après sevrage. Ainsi, l'expertise bidisciplinaire, interniste et psychiatrique, devra décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit finalement à la conclusion que la dépendance alcoolique est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité et est primaire, il n'y aura pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé et la dépendance ne saurait alors être considérée comme invalidante. b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément

- 25 - 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 (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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). 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 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). En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant de déterminer si les troubles à la santé présentés par le recourant relèvent de

- 26 - l'assurance-invalidité, soit d'ordonner une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et interniste, indépendante selon l'art. 44 LPGA (cf. consid. 6a ci-dessus). Un renvoi de la cause à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant, ce d'autant plus que l'OAI sera éventuellement encore appelé, une fois la situation médicale éclaircie, à se déterminer sur la prise en charge des frais de formation demandés par le recourant à titre de mesures professionnelles. Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire que la Cour entende le Dr X. _____ en tant que témoin, comme l'a sollicité le recourant.

E. 7

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 15 avril 2014 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit du recourant aux prestations AI demandées. 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 devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause et est assisté d'un mandataire professionnel, a droit à l'allocation de dépens, qu'il y a lieu de fixer d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, une indemnité de dépens de 2'000 fr. est allouée au recourant et mise à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD). Cela étant, la question d'une indemnisation selon l'assistance judiciaire devient sans objet, son montant ne pouvant en tout état de cause être supérieur à l'indemnité de dépens ci-avant arrêtée.

- 27 -

- 28 -