

# **VD\_GERICHTE ZD14.051291 vom 25. Februar 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-02-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD14.051291](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.051291)

FR: VD\_GERICHTE ZD14.051291 du 25 février 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD14.051291 del 25 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). b) La question litigieuse porte sur le droit du recourant à une rente AI.

### **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 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 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. L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une

- 21 - incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que le droit à la rente est échelonné, en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, à trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

### **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 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 ; TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2, 9C\_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2 et 9C\_960/2009 du 24 février 2010 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des

- 22 - limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/2006 du 8 août 2006 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 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 ; Thoney/Gammeter, *Alcool: problèmes psychiatriques courants*. « La boîte à outils du praticien », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2004; 124: p. 415 ss; Roland Gammeter, *Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool*, *Forum Med Suisse*, 2002; 23: p. 562 ss; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, *Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges*, *Alcohol Research & Health*, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine Davidson, *Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance*, *Praxis* 1999; 88: p. 1720). 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

- 23 - de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). 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 (cf. arrêt I 731/2002 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

## **E. 5**

a) 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. 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\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). b) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1,

- 24 - 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 la référence citée; TF 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, 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; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

## E. 6

a) En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé en mai 2014, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de discopathies L3-L4, L4-L5, L5-S1 avec canal lombaire étroit dégénératif, de gonarthrose bilatérale et de possible conflit

- 25 - sous-acromial de l'épaule gauche. Dans son appréciation, cet examinateur se fonde notamment sur des IRM datant de 2005 et 2012, cette dernière mettant en évidence la présence de hernies discales L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un canal lombaire étroit en L3-L4, l'assuré souffrant par ailleurs de gonalgies. Il retient également d'un bilan radiographique d'août 2012, une gonarthrose bilatérale. Il suspecte en outre un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Au vu de la persistance des douleurs malgré le traitement conservateur mis en place, le Dr X. \_\_\_\_\_ est d'avis que sur le plan somatique, l'examiné n'est plus en mesure de reprendre son activité habituelle depuis le 28 juin 2012 mais que celui-ci conserve toutefois une capacité de travail à 100% depuis le début de ses problèmes de santé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : un travail sédentaire ou semi-sédentaire avec possibilité d'alterner les positions, pas de travaux penché en avant ou en porte-à-faux, pas de marche prolongée, pas de montée et descente fréquente d'escaliers ou de pente, pas de travaux sur terrain irrégulier accroupi ou à genoux, pas de port de charge de plus de 8 kg et pas de travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale. Comme le relèvent les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, le rapport postérieur du 28 octobre 2014 de la Dresse R. \_\_\_\_\_ ne comporte pas d'élément nouveau objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé ostéo-articulaire susceptible de rediscuter l'exigibilité arrêtée par le Dr X. \_\_\_\_\_. La Dresse R. \_\_\_\_\_ fait part d'une arthrose disséminée rachidienne et des genoux, soit des affections prises en compte par le Dr X. \_\_\_\_\_.

L'examen clinique qu'elle décrit ne fait donc que confirmer l'existence de troubles dégénératifs rachidiens au niveau lombaire et des genoux. Il en va de même des radiographies des genoux réalisées par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en septembre 2014 et auxquelles la Dresse R. \_\_\_\_\_ se réfère. La Dresse A. \_\_\_\_\_ note seulement l'évocation de signes de coxarthrose au niveau du bassin de l'assuré sans autres anomalies constatées de sorte que son rapport du 6 novembre 2013 ne peut pas être compris comme un argument médical objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Quant au Dr T. \_\_\_\_\_, il retient une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité. Dans une

- 26 - activité adaptée, il se limite dans son courrier du 13 août 2014 à mentionner que le recourant ne peut se voir reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée telle que définie par l'OAI. Il ne mentionne toutefois pas pour quel motif, ni quel taux serait admissible dans une telle activité. Imprécis et insuffisamment documenté, son avis ne peut être suivi. On ne saurait dès lors s'écarter du rapport des médecins du SMR sur le plan somatique, ses conclusions étant claires et bien documentées. Il a ainsi valeur probante. Dans son rapport du 6 octobre 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_ constate en comparaison avec des clichés du 10 septembre 2014 et du 10 mars 2015, qu'on retrouve à gauche une

gonarthrose interne en nette progression actuellement avec un pincement presque complet de l'interligne articulaire et un varus plus marqué que précédemment. Cette constatation est toutefois postérieure à la décision attaquée. Il y a dès lors lieu d'admettre qu'à la date de cette décision, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée. b) Sur le plan psychiatrique, en février et mars 2011, le Dr P.\_\_\_\_\_ a déclaré traiter le recourant depuis plus de trois ans en raison d'un état anxio-dépressif. La Dresse N.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_ ont posé le 20 août 2012 le diagnostic de trouble anxio-dépressif. De même, cette praticienne et le Dr L.\_\_\_\_\_ ont à nouveau posé ce diagnostic le 11 avril 2013. Le Dr T.\_\_\_\_\_ retient un état dépressif. Enfin le Dr???.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'un état anxio-dépressif le 27 avril 2015. La Dresse F.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur ces diagnostics. Elle n'a procédé à aucune investigation au motif que le tableau clinique prédominant de consommation nocive d'alcool ne le permettait pas. Or, c'était précisément sa tâche que de déterminer si le recourant était atteint d'une affection psychiatrique, dans l'affirmative de préciser laquelle, depuis quand et son impact sur la capacité de travail de celui-ci. En outre, qualifier l'alcoolisme de primaire uniquement parce qu'il a débuté sur un

- 27 - mode festif à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte en mentionnant qu'il n'est pas incapacitant pour l'assurance-invalidité apparaît pour le moins sommaire. Il n'est dès lors pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état.

#### **E. 7**

a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_787/2013 du 14 février 2014 consid. 3.1 et 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

- 28 - 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 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 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 que 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).

- 29 - b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 6 supra), l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit. Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA), voire pluridisciplinaire afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du recourant sur le plan somatique jusqu'à la date de l'expertise à effectuer.

## **E. 8**

En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt. a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe. b) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]) et qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. TVA incluse, compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire. Vu que ce montant dépasse l'indemnité arrêtée par prononcé séparé du 9 février 2016 et le montant complémentaire auquel pourrait prétendre le mandataire du

- 30 - recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer une indemnité complémentaire.

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