

VD_GERICHTE ZD15.054324 vom 16. Juni 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.054324

FR: VD_GERICHTE ZD15.054324 du 16 juin 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.054324 del 16 giugno 2016

Erwägungen

E. 5

En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 15 mars 2013, de sorte qu'il y a lieu d'examiner, conformément à ce qui précède, si entre la décision du 16 janvier 2006 et la nouvelle demande, un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, s'est produit.

- 20 - a) Les parties conviennent, à juste titre, que l'instruction est insuffisante en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail de travail du recourant au plan physique, en particulier sur les points de savoir s'il peut poursuivre son activité habituelle de monteur-électricien, cas échéant s'il possède une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, après l'octroi de mesures de réadaptation si nécessaire. En effet, ces points n'ont pas fait l'objet d'une véritable instruction de la part de l'intimée, alors que l'assuré a rendu plausible, conformément aux exigences de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), une aggravation de son état de santé au plan somatique, en raison de ses problèmes lombaires, à l'épaule gauche et au pouce gauche (cf. certificat médical du Dr G. _____ du 9 décembre 2012 et rapport médical du Dr H. _____ du 6 juin 2013). En effet, alors que dans le rapport SMR du 28 novembre 2005, la Dresse I. _____ avait diagnostiqué des cervico-scapulalgies bilatérales et des lombalgies communes dans le cadre d'un trouble statique et d'une dysbalance musculaire étagée, ainsi que des gonalgies gauches dans le cadre d'une chondropathie rétropatellaire, estimant que ces atteintes étaient sans effet sur la capacité de travail, même si la constitution plutôt fine de l'assuré rendait le travail sur des chantiers plutôt limite, le Dr G. _____ a attesté dans son certificat médical du 9 décembre 2012 la présence d'une instabilité du carrefour lombo-sacré avec spondylolisthésis de L5, d'une périarthrite à l'épaule gauche dans le cadre d'un conflit-sous acromial et d'une instabilité douloureuse du pouce gauche opéré plusieurs fois (voir à ce dernier égard le rapport du Dr H. _____ du 6 juin 2013 lequel estime que " la question de la main gauche mériterait d'être réexaminée par un spécialiste "). Enfin le Dr G. _____ a clairement estimé qu'il paraissait " raisonnable de proposer à l'intéressé, actuellement en cure de sevrage mais [qui] semble motivé, une assistance pour un recyclage professionnel ". En conséquence, une expertise à réaliser par un spécialiste en médecine physique et en rhumatologie est nécessaire afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré au plan somatique dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée (cf. avis SMR du 18 janvier 2016).

- 21 - b) Il reste à déterminer si cette expertise doit également faire l'objet d'un volet psychiatrique, comme le demande le recourant, arguant en substance que l'expertise n'établit pas correctement sa capacité de travail au plan psychiatrique et en particulier le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolisme. L'intimé le conteste, étant d'avis que l'expertise du Dr W. _____ suffit à exclure une invalidité en raison d'une atteinte à sa

santé psychique. aa) 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 p. 268 ; TF 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2 ; TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 ; 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des

- 22 - limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 précité consid. 2.2 et les références citées). 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 (cf. TF 9C_395/2007 consid. 2.3 et les références médicales citées ; cf. également TF 9C_618/2014 précité consid. 5.3). 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 (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

- 23 - atteintes à la santé (TF 9C_618/2014 précité consid. 5.4 ; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 ; cf. arrêt I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3). bb) En l'occurrence, le Dr W. _____ s'est fondé sur une anamnèse complète, en particulier sur les rapports antérieurs du psychiatre traitant, le Dr B. _____, et sur l'examen psychiatrique du SMR du 14 octobre 2005, pour apprécier l'état de santé au plan psychiatrique, ainsi que pour qualifier la dépendance de l'expertisé. Dans son appréciation, l'expert a également tenu compte du contexte social et économique difficile dans lequel ce dernier s'est retrouvé d'environ 2009 à 2011, période durant laquelle il a été SDF. Il a aussi rappelé que l'assuré avait suivi une cure de désintoxication durant neuf mois à la fondation de T. _____ entre 2012 et 2013, à la suite de quoi il avait pu retrouver un appartement et se faire aider par les services sociaux. Au plan psychiatrique, l'expert a expliqué de manière convaincante que bien que l'assuré ait certainement présenté par moments une humeur dépressive importante entre 2009 et 2012, avant son sevrage, on ne peut pas considérer qu'il souffre d'une maladie dépressive primaire (au sens d'un trouble dépressif majeur et caractérisé) entraînant une incapacité de travail. En effet, l'expert observe que l'intéressé ne présente pas de symptômes justifiant un diagnostic du spectre des dépressions selon la CIM-10, au moment de l'expertise, alors qu'il se trouve dans un état d'abstinence partiel. L'expert en déduit qu'il a à cette époque présenté un état réactionnel et lié à la consommation d'alcool. Il rappelle qu'en 2005, le Dr Q. _____ avait diagnostiqué un épisode dépressif léger sans symptômes graves justifiant une incapacité de travail de longue durée, ce psychiatre n'ayant toutefois pas mentionné la consommation d'alcool qui était déjà à risque en 2005. Quant à l'avis divergeant du Dr B. _____, lequel a diagnostiqué dans son rapport du 9 juillet 2013 un épisode dépressif modéré depuis 2011 au moins et une dépendance à l'alcool avec utilisation continue depuis 2000 probablement, avec effet sur la capacité de travail, le Dr W. _____ s'en distancie en expliquant de manière convaincante que le Dr B. _____ n'a pas analysé

- 24 - l'impact de l'alcool sur l'humeur alors que pour poser le diagnostic d'une dépression primaire/majeure caractérisée selon le CIM-10, il faut que l'état ne soit pas induit par une substance. Dans le même ordre d'idées, l'expert exclut également de manière convaincante les diagnostics de psychose primaire affective (dépressive/mélancolique) " versus trouble schizo- affectif de type dépressif " posés par le Dr H. _____, qui sont d'ailleurs très peu étayés par le médecin généraliste. Le Dr W. _____ a également exclu de manière convaincante la présence chez le recourant d'un trouble maladif de la personnalité à caractère incapacitant, expliquant que même si quelques éléments des critères posés par la CIM-10 sont présents, ils ne sont clairement pas majoritaires chez ce dernier. Il présente toutefois, selon l'expert, des traits accentués de sa personnalité avec une forte émotivité et une propension aux réactions impulsives, ne revêtant pas en eux-mêmes un caractère pathologique et ces réactions étant massivement amplifiées par l'effet de l'alcool. L'expert a encore exclu la présence d'un trouble somatoforme douloureux. Enfin, le Dr W. _____ expose clairement que l'assuré souffre essentiellement d'un problème d'alcoolisme primaire, non incapacitant au sens de la médecine des assurances en Suisse (cf. TF 9C_123/2012 du 29 août 2012 consid. 4.2 et 4.3), dès lors qu'il n'a retenu aucune maladie du domaine psychiatrique et que la personnalité impulsive n'est pas pour elle-même à l'origine d'une incapacité de travail durable. L'expert a estimé que par conséquent, une nouvelle cure de désintoxication pour compléter le sevrage, avec par la suite une prise en charge alcoologique spécialisée était raisonnablement exigible, l'assuré disposant de suffisamment de ressources personnelles pour être en mesure de rester abstinent. Vu ce qui précède, les

conclusions du Dr W. _____, selon lesquelles l'assuré ne présente aucune atteinte psychiatrique invalidante, mais avant tout une dépendance à l'alcool primaire, sont claires et convaincantes, l'expert ayant soigneusement distingué les différentes problématiques de l'assuré et évalué leur influence respective sur sa

- 25 - capacité de travail, tout en décrivant les interactions entre dépendance et comorbidité psychiatrique, comme l'exige la jurisprudence (cf. supra considérant 5b/aa). Elles doivent en conséquence être suivies. Enfin, la lettre circulaire n° 339 de l'OFAS, à laquelle se réfère le recourant, ne lie pas la Cour de céans étant donné qu'il s'agit d'une directive de l'administration (cf. TF 8C_194/2014 du 4 février 2015 consid. 4.2). On rappellera également que le Tribunal cantonal des assurances apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPG, TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Au demeurant, cette lettre-circulaire est postérieure à l'expertise réalisée par le Dr W. _____, de sorte qu'elle n'est pas déterminante pour celle-ci.

E. 6

Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision du 11 novembre 2015 annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. Les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant, obtenant gain de cause, a le droit à l'allocation de dépens, dont le montant est fixé à 1'800 francs vu l'importance du litige (art. 61 let. g LPG). Ce montant couvrant l'indemnité qui revient au défenseur d'office, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (cf. art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] et art. 4 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

- 26 -

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