

VD_GERICHTE ZD18.003770 vom 7. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.003770

FR: VD_GERICHTE ZD18.003770 du 7 mai 2018

IT: VD_GERICHTE ZD18.003770 del 7 maggio 2018

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fêtes d'hiver (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA) et dans le

- 5 - respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 10 septembre 2014.

E. 2.2

; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office

ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

- 7 - resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). c) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 10 septembre 2014, qu'il a rejetée par décision du 12 décembre 2017 déniait le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. En d'autres termes, il s'agit de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 24 avril 2013– et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives 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) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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 santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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.

- 6 - b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid.

E. 4

a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.). b) De manière générale, 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

- 8 - non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

E. 5

a) 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). 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

- 9 - 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 (sur l'ensemble de la question, cf. TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir également TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). 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 précité consid. 2.4 et les références). 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 consid. 3). b) Pour statuer sur les prétentions de l'assuré dans le cadre de la première procédure de l'assurance-invalidité, l'OAI s'était fondé sur le rapport du Dr M._____ du 21 novembre 2012. Ce médecin avait diagnostiqué, outre les dépendances, un trouble dépressif récurrent, estimant néanmoins que l'assuré présentait une pleine capacité de travail, sous réserve d'une reprise progressive de l'activité.

- 10 - A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit un rapport médical du 3 septembre 2014 établi par la Dresse J._____, laquelle a attesté une totale incapacité de travail. Elle a diagnostiqué une psychose non organique/trouble schizotypique, un trouble panique, une anxiété généralisée et un trouble dépressif récurrent, en plus des syndromes de dépendance. La Dresse J._____ a évoqué un tableau psychotique (ou trouble de la personnalité schizotypique), faisant par ailleurs état d'idées délirantes de persécutions avec repli social important, de bizarreries du comportement avec soliloque à domicile et ruminations, ainsi que des sensations corporelles atypiques. Une consommation de cannabis était toujours présente, mais déclarée à but anxiolytique. L'assuré présentait par ailleurs un apragmatisme majeur et invalidant. Compte tenu de l'appréciation de la Dresse J._____, qui attestait la présence de nouvelles pathologies psychiatriques par rapport à la situation décrite en 2012 par le Dr M._____, l'OAI a invité le Dr K._____ à se déterminer sur l'état de santé de l'assuré dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Ce dernier a constaté que la dépendance aux toxiques du recourant était primaire et a exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant (cf. expertise du 8 septembre 2017). De son point de vue, l'état de santé du recourant était superposable à celui constaté en 2012 par le Dr M._____. Dans le cadre de son expertise, le Dr K._____ a écarté le diagnostic de trouble schizotypique, expliquant que l'assuré ne présentait pas de phénomène de vol de la pensée, de télépathie, de vécu persécutif ou hyperesthésique. Il a encore précisé que l'état de passivité et d'inhibition observé chez l'assuré n'était pas la conséquence d'une maladie chronique mais bien le résultat d'une consommation de substances chronique. Aussi, l'assuré ne présentait aucune anhédonie, aboulie, apragmatisme ou idéations suicidaires mais témoignait par contre d'un laisser-aller complet allant de pair avec la marginalisation sur fond d'une polytoxicomanie primaire. Contrairement à la Dresse J._____, l'expert n'a observé aucun problème d'anxiété aiguë ou de phobies chez un assuré capable de se rendre dans les grandes surfaces et d'aller une fois par année en [...] visiter ses parents. Enfin, il a exclu la présence de

- 11 - troubles cognitifs majeurs ou d'un trouble de la personnalité, constatant que l'assuré pouvait notamment retracer son histoire personnelle de manière chronologique logique. Il ressort de l'expertise du Dr K. _____ que l'assuré présente une toxicodépendance qui n'est pas associée à une autre pathologie psychiatrique sévère. Aucun élément sérieux n'incite à douter des conclusions de ce médecin, confirmées par la Dresse [...] du SMR, le 25 septembre 2017. En effet, l'appréciation du Dr K. _____ procède d'une analyse complète des pièces mises à disposition et repose sur un examen clinique complet. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il a par ailleurs largement discuté le rapport médical établi par la Dresse J. _____, exposant de façon détaillée les éléments qui l'ont conduit à se distancer de son appréciation. Il y a par conséquent lieu d'admettre que ses conclusions répondent en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra). On ajoutera qu'aucun élément au dossier ne permet d'expliquer le brusque revirement diagnostique retenu par la Dresse J. _____, intervenu moins de deux ans après le rapport du médecin-traitant (cf. rapport du Dr M. _____ du 21 novembre 2012), lequel ne mentionnait pas de symptomatologie psychotique, de trouble schizotypique, de problèmes d'anxiété généralisée ou d'attaque de panique. A cet égard, le Dr K. _____ a encore expliqué de façon crédible qu'en l'absence de facteur de stress intercurrent ou d'éléments suggérant une nouvelle décompensation, l'appréciation de la Dresse J. _____ n'était pas soutenable. Dans ce contexte, les diagnostics incapacitants posés par la Dresse J. _____ semblent découler plus d'une appréciation médicale différente d'une situation identique que d'une évolution de l'état de santé du recourant. En définitive, il apparaît que sur le plan psychiatrique, aucune dégradation notable de l'état de santé du recourant entre la décision de

- 12 - refus de prestations du 24 avril 2013 et la décision litigieuse du 12 décembre 2017 n'est établie à satisfaction de droit. Partant, la position de l'intimé n'est pas critiquable à cet égard.

E. 6

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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