RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1429/2004 **ATAS/15/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 11 janvier 2005

En la cause

Monsieur F_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS , Présidente, Mesdames Valérie MONTANI et Karine STECK, juges.

EN FAIT

1. Monsieur F_____, ressortissant suisse né en 1965, a exercé diverses activités professionnelles entre 1983 et 1991, notamment pour X_____, Y_____ et Z_____ SA.

2. A la demande de l'Hospice Général, l'intéressé a suivi un stage ARVA du 10 mars au 30 mai 1997, dans le but de savoir où il se situait professionnellement et pour l'aider à sortir de la toxicomanie à laquelle il s'adonnait depuis plusieurs années. A l'issue de ce stage, les maîtres de réadaptation ont conclu qu'il était provisoirement inapte au travail, dans la mesure où il subsistait un risque non négligeable d'effondrement en cas de manque de soutien et d'encadrement. Le projet passait avant tout par une réussite de la cure de sevrage.

3. En date du 19 avril 2002, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente en raison d'une ancienne toxicomanie, d'une dépendance à la méthadone et d'un état dépressif.

4. Dans un rapport médical du 21 mai 2002, le Dr A_____, médecin traitant, a diagnostiqué une dépendance aux substances opiacées substituée par Méthadone ainsi qu'un état dépressif. Le patient était incapable de travailler depuis plusieurs années. L'état dépressif chronique existant s'était aggravé récemment vu le décès de sa mère par suicide. Sur le questionnaire ad hoc, ce médecin a indiqué que la toxicomanie n'était pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé et qu'elle avait causé une altération importante de la personnalité.

5. A la demande de l'OCAI, le Dr B_____, psychiatre, a réalisé une expertise psychiatrique de l'assuré. Il ressortait du rapport d'expertise du 26 mai 2003 que l'assuré présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile, ainsi qu'une toxicomanie multiple. Cette toxicomanie multiple était une conséquence du trouble de la personnalité, qui avait été décomposé par la mort de sa mère. Ce trouble était important et avait de nombreuses répercussions sur le fonctionnement psychoaffectif de l'assuré. Par ailleurs, ce trouble comprenait des modalités de comportement profondément enracinées et durables, apparues au cours du développement dans l'enfance. Il consistait en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales. Une amélioration dans l'avenir restait envisageable.

   L'assuré était capable de travailler à 50 %, mais des mesures de réinsertion progressive étaient nécessaires. Les troubles de la personnalité, la fatigabilité, les troubles de l'attention et de la concentration, l'anxiété généralisée et le besoin

d'avoir en permanence l'avis des autres ne permettaient pas d'envisager une activité à un taux supérieur à 50 %. La dernière activité professionnelle exercée, à savoir dans un bureau d'architectes en ne bénéficiant pas de formation professionnelle, n'était plus envisageable. L'assuré faisait montre d'un désir de réadaptation professionnelle. La toxicomanie était secondaire au trouble de la personnalité et l'incapacité de travail était également due à ce trouble. Jusqu'au décès de sa mère, l'assuré pouvait surmonter ce trouble et exercer théoriquement une profession à 100 %. Depuis cet événement, le trouble s'était décompensé et entraînait une incapacité de travail à 50 % et un rendement diminué de 50 %.

6. Le 6 août 2003, le Service médical régional Léman (ci-après : SMR) s'est prononcé sur l'expertise psychiatrique et a retenu une capacité de travail de 100 % compte tenu du fait qu'aucun état dépressif significatif n'avait été retenu par l'expert. Il n'existait pas de pathologie psychiatrique grave permettant de conclure à la nature secondaire de la toxicomanie. L'instabilité et l'impulsivité qui étaient le propre de la personnalité borderline favorisaient la toxicomanie, mais n'étaient en aucun cas un facteur de causalité établi. Les épisodes dépressifs étaient limités dans le temps et compréhensibles, mais sans impact sur la capacité de travail à long terme. Enfin, l'expertise établissait clairement qu'il n'existait pas de pathologie de la lignée psychotique ni de conséquences importantes de la toxicomanie sur l'intellect de l'assuré, de sorte qu'il y avait lieu de considérer cette dernière comme non invalidante.

7. Par décision du 28 août 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour le motif que la toxicomanie n'avait pas été la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et qu'elle n'avait pas causé un dommage mental et/ou physique considérable.

8. Par courrier du 29 septembre 2003, l'assuré s'est opposé à la décision de l'OCAI et a conclu à ce que son invalidité soit reconnue. Le Dr A_____ considérait qu'il était l'objet d'un handicap psychique préexistant à sa toxicomanie, ce qui était confirmé par l'expertise du Dr B_____, qui considérait que la toxicomanie était secondaire au trouble de la personnalité.

9. Consulté suite à l'opposition, le Dr C_____ du SMR a confirmé son appréciation initiale, dans un rapport du 5 avril 2004. Il ne s'agissait pas d'une toxicomanie secondaire et la personnalité « borderline » décompensée n'avait pas donné lieu à des tentatives de suicide ou « parasuicides », comme cela était classique dans ce genre de cas. Enfin, le Dr A_____ n'était pas psychiatre et n'administrait aucun traitement antidépresseur ou neuroleptique à l'assuré.

10. Par décision du 2 juin 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision initiale. Sur la base des éléments du dossier, il apparaissait que la

toxicomanie n'avait pas été la conséquence d'une atteinte à la santé psychique engendrant une invalidité, contrairement à ce que l'opposant soutenait.

11. Par acte du 7 juillet 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à ce que son invalidité soit reconnue. Il indiquait connaître de graves problèmes dépressifs et son état de santé ne lui permettait actuellement pas d'envisager un retour à la vie active. Il admettait que la toxicomanie n'avait pas arrangé les choses, mais considérait que son handicap psychique préexistait à sa toxicomanie. Cela était confirmé par le Dr A_____ et l'expert psychiatre. Enfin, l'OCAI avait totalement ignoré les conclusions de l'expertise psychiatrique relatives à sa capacité de travail, fixée à 50 % au maximum avec un rendement de 50 %.

12. Le 30 août 2004, le Dr D_____, psychiatre au SMR, a étudié l'expertise du Dr B_____ à la demande de l'OCAI. Il en a extrait divers éléments, soit une scolarité difficile en l'absence de problèmes pédopsychiatriques ou logopédiques, l'échec de la formation professionnelle lié à des problèmes pratiques, un travail de plusieurs années jugé satisfaisant, l'absence de mention d'une pathologie psychiatrique antérieure à la toxicomanie, un trouble de la personnalité très peu décrit, le décès de la mère décrit comme important mais qui n'apparaît ni au niveau du diagnostic, ni dans le tableau clinique et le fait qu'une personnalité de type borderline se retrouvait fréquemment associé à la toxicomanie. Vu ces éléments, le psychiatre du SMR estimait que l'assuré présentait une polytoxicomanie primaire et qu'il n'y avait pas lieu de modifier les avis médicaux précédemment émis ou de demander une nouvelle expertise.

13. Par préavis du 16 septembre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se basant sur les explications du Dr D_____ qui semblaient claires et convaincantes.

14. Cette écriture a été transmise au recourant le 24 septembre 2004 par le Tribunal de céans qui a ensuite gardé la cause à juger. Préalablement confié à un juge suppléant, le dossier a été repris par la 2ème Chambre, suite à sa récusation.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

Sa compétence est dès lors établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, car la décision à l'origine du recours a été rendue le 21 août 2003 et l'instruction du recours par l'administration a été faite en 2003.

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. La question principale qui se pose est de déterminer si les atteintes à la santé ainsi que la toxicomanie présentées par l'assuré ont des conséquences invalidantes.

5. Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (ci-après : LAI), l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

   L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son

invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2003).

6. a) Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

   Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15).

   b) Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

   Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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 trancher 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.

   L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences

médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical 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. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Le Tribunal fédéral a rappelé dans une jurisprudence récente (ATFA du 22 mars 2004 cause I 131/03) que si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire. Autrement dit, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (ATF 122 V 160 consid. 1c, 119 Ib 274 consid. 8a). Comme cela vient d'être mentionné, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

7. Enfin, à teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATFA non publié du 9 décembre 2003 en la cause I 563/02 ; VSI 1996 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références).

8. En l'espèce, l'assuré a été examiné par plusieurs médecins, dont un expert psychiatre commis par l'OCAI, le Dr B_____. Au terme d'une anamnèse complète et de trois entretiens avec l'assuré, l'expert a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, responsable d'une toxicomanie multiple.

   En préambule, il sied de relever que cette expertise, comme on le verra, est complète, documentée et convaincante. Elle ne prête donc pas à interprétation de sorte que l'on ignore pour quelle raison l'office intimé l'a soumise pour analyse au SMR.

   Cela étant, la simple lecture différente faite par le SMR de l'expertise du Dr B_____ et des éléments que celui-ci a relevés ne saurait être suffisante pour remettre en cause les conclusions de cet expert. A ce propos, il est important de souligner que le SMR n'a jamais examiné l'assuré et qu'il se contente de rediscuter certains point de son expertise et d'interpréter de manière différente certains éléments de l'anamnèse, sans qu'aucun motif pertinent ne le justifie.

   Par ailleurs, certains éléments relevés sont en contradiction avec l'expertise. Ainsi, le SMR minimise les difficultés rencontrées par l'assuré durant son enfance pour le simple motif qu'il n'y a pas de mention de problèmes pédopsychiatriques ou logopédiques ayant dû être pris en charge, alors qu'il ressort de l'anamnèse que l'expertisé a été placé en classe d'adaptation dès la quatrième primaire. A ce moment, l'assuré déclarait être en décalage complet par rapport à ses camarades d'école. Il vivait chez ses grands-parents et avait suivi une partie de sa scolarité en internat. A l'âge de 15 ans, il devait voir sa mère en cachette en raison du nouveau mari de celle-ci. Il a par la suite doublé la sixième et a été refusé au cycle d'orientation l'année suivante.

   S'agissant de son travail de quatre ans, il ressort du dossier que l'assuré avait été placé dans cette entreprise par la mère de son amie qui en était administratrice et qu'il ne possédait aucune qualification professionnelle. La qualité du travail fourni ne ressort d'aucune pièce, de sorte qu'on ne voit pas sur quelle base se fonde le SMR pour affirmer que le travail fourni était satisfaisant. Enfin, l'assuré a exercé cette activité professionnelle entre 1987 et 1989, soit à une époque durant laquelle son trouble n'était pas hautement problématique et alors que sa consommation de drogue n'était pas encore quotidienne. Selon l'expertise, la consommation est devenue régulière en 1991, alors que le grand-père de l'assuré est victime d'un infarctus. L'exercice de cette activité professionnelle ne constitue donc pas non plus un argument sur lequel pouvait se fonder le SMR.

   Il ressort des constatations objectives de l'expert que l'assuré réalise que sa toxicomanie n'est qu'une facette de son trouble et il en parle comme d'un anesthésiant à ses angoisses. Il est très impulsif et se sent démuni et impuissant. Il

ne peut pas rester seul et a l'impression de ne pas pouvoir agir sur son environnement. Il présente une fatigabilité, ainsi que des difficultés à se concentrer et à être attentif. Il a des idées de culpabilité et de dévalorisation, ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. De ces éléments découle le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline. Ce diagnostic est par la suite expliqué à l'aide de la doctrine médicale sur laquelle l'expert ajoute des précisions sur le manière dont se manifeste le trouble chez l'assuré (type impulsif et type borderline).

A l'issue de toutes ces explications, les conclusions du Dr B_____ sont parfaitement claires et on comprend dans quelle mesure la survenance brutale de la mort de la mère de l'assuré a pu décomposer le trouble présenté par celui-ci depuis de nombreuses années. La toxicomanie est définie sans aucun doute comme étant secondaire au trouble de la personnalité. Par ailleurs, l'expert précise expressément dans le cadre de l'examen de la capacité de travail que cette capacité est réduite en raison de facteurs extérieurs à la toxicomanie (trouble de la personnalité, fatigabilité, trouble de l'attention et de la concentration, anxiété généralisée).

Cette expertise a donc été établie par un spécialiste sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. Le rapport prend pleinement en considération les plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Enfin, la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées. Par conséquent, en l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions de l'expert, et dans la mesure où ce rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, l'expertise doit se voir accorder pleine force probante - quand bien même elle infirmerait l'avis d'autres médecins - et il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dès lors, c'est à tort que l'office intimé s'est écarté de l'expertise et le Tribunal en suivra intégralement les conclusions.

9. Au bénéfice de ce qui précède, le recours doit être admis et le dossier renvoyé à l'OCAI pour qu'il détermine, sur la base de l'expertise du Dr B_____, à quelles prestations a droit le recourant. S'agissant de la capacité de travail, elle a été clairement déterminée par l'expert (travail à 50 % avec un rendement diminué de 50 %) et devra également être reprise telle quelle par l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Renvoie le dossier à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier : La Présidente :

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe