

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1610/2002

ATAS/309/2003

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du mardi 2 décembre 2003

2ème Chambre

En la cause

B_____,

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,
rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mme Nicole BASSAN-BOURQUIN et
M. Bertrand REICH, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur B_____, ressortissant algérien, réside en Suisse depuis 1978 et travaille en qualité de chauffeur de taxi indépendant depuis 1985.
2. En date du 20 août 1998, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, motivée par une dépression sévère (pièce 1, fourre 2 OCAI).
3. Son médecin traitant, le Dr L_____, psychiatre, a établi un rapport le 28 avril 1999 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Il a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, un trouble de comportement lié à l'utilisation de l'alcool, ainsi qu'un trouble de la personnalité. Son patient avait présenté une incapacité totale de travail du 12 juin 1997 au 23 février 1998, une incapacité de travail de 70% du 24 février 1998 au 31 janvier 1999 et une nouvelle incapacité totale de travail à partir du 1^{er} février 1999, pour une durée indéterminée. Des mesures professionnelles étaient préconisées (pièce 3, fourre 3 OCAI).
4. Dans un rapport intermédiaire du 15 juin 2001, le Dr L_____ a mentionné que son patient présentait une capacité de travail de 80% depuis le 1^{er} août 1999. Il a posé le diagnostic suivant : trouble de comportement lié au problème de l'utilisation de l'alcool ; le pronostic était jugé favorable (pièce 4, fourre 3 OCAI).
5. En réponse à un courrier de l'OCAI, le Dr L_____ a expliqué, dans une attestation du 9 août 2001, que la profession de chauffeur de taxi de son patient était compatible avec son état de santé actuel et que des mesures de réadaptation n'étaient plus indiquées (pièces 5 et 6, fourre 3 OCAI).
6. Par décision du 12 mars 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que les toxicomanies ne constituaient pas en elles-mêmes une invalidité; en effet, le l'OCAI ne pouvait admettre que l'alcoolisme de l'assuré fut la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité. De surcroît, le Dr L_____, psychiatre traitant, avait clairement indiqué que son patient pouvait continuer à exercer son métier de chauffeur de taxi.
7. Par courrier du 22 mars 2002, l'assuré a recouru contre cette décision, alléguant être atteint principalement de dépression. Par ailleurs, son état de santé s'était détérioré depuis quelques mois, ce que pouvait attester son médecin traitant.
8. Dans un préavis du 27 mai 2002, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a fait valoir que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) en matière de toxicomanie, celle-ci ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle ne jouait un rôle dans l'assurance-invalidité que lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale,

nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie. Or, dans son deuxième rapport, le Dr L_____ avait indiqué que seuls les troubles de comportement liés à l'utilisation de l'alcool avait une influence sur la capacité de travail de l'assuré, chauffeur de taxi, tout en précisant que cette capacité s'élevait à 80% depuis le 1er août 1999. Ce médecin n'avait mis en évidence aucun trouble psychique ou physique, ayant valeur de maladie, en relation avec la consommation d'alcool. Dès lors, au vu de ces motifs, c'était à juste titre que l'OCAI avait refusé d'allouer au recourant toute prestation.

9. Dans des observations complémentaires du 18 juin 2002, le recourant a persisté dans les allégués et les conclusions de son recours, soulignant qu'il était traité par le Dr L_____ pour une grave dépression. Il avait fait des séjours psychiatriques et son médecin lui prescrivait depuis 1994 des anxiolytiques et des antidépresseurs.

10. En raison de l'allégation du recourant d'une aggravation de son état de santé, le Tribunal de céans a posé des questions au Dr L_____. Ce dernier a précisé que depuis son rapport à l'OCAI de 1999, l'état de santé de son patient avait subi des fluctuations et que ce dernier avait sombré dans un état d'alcoolisation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. La dernière incapacité totale de l'assuré remontait à début août 2003. Son évolution n'était pas compatible avec la pratique de son métier de chauffeur de taxi (cf. courriers du Dr L_____ des 7 et 16 octobre 2003).

EN DROIT

1a. Il convient au préalable de préciser que la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et qu'un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1^{er} août 2003, statuant en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (cf. art. 1, let. r et 56V, al. 1, let. a, ch. 2 LOJ). Conformément à l'art. 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, entrée en vigueur le 1er août 2003, la présente cause, introduite le 22 mars 2002 et pendante devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales.

1b. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté en temps utile, est recevable à la forme, conformément aux art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS).

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 125 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b).

3.a. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

Selon la jurisprudence du TFA, l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 158 consid. 1).

A teneur de la jurisprudence constante du TFA 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

(ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002, p. 32, consid. 2a ; 96, p. 119, consid. 2a, 321, consid. 1a et 325 consid. 1a ; RCC 1992, p. 182, consid. 2b et les références). Le diagnostic de toxicomanie ou de dépendance à la drogue (ou à l'alcool) ne permet pas à lui seul de conclure que la personne assurée ne pourrait plus s'abstenir de drogue ; de même, la dépendance à la drogue est tout aussi peu liée de manière automatique à une diminution de la capacité de travail ou de gain (VSI 2002, p. 33).

3.b. En l'occurrence, le recourant a présenté une incapacité totale de travail du 12 juin 1997 au 23 février 1998, une incapacité de 70% du 24 février 1997 au 31 janvier 1999, une incapacité totale du 1^{er} février au 31 juillet 1999, une incapacité de 20% du 1^{er} août 1999 au 31 juillet 2003 puis, à partir du 1^{er} août 2003, une incapacité totale de travail.

Selon l'OCAI, le recourant n'a pas droit à une rente, motif pris qu'il ne présente pas d'atteinte à la santé physique ou mentale invalidante. En particulier, l'incapacité de travail de l'intéressé n'est pas liée à une maladie physique ou psychique mais résulte exclusivement de la toxicomanie de ce dernier.

Ce fondant sur les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), édité par l'association des psychiatres américains, le Dr L_____ indique que le recourant souffre d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F. 43.25), d'un trouble de comportement lié à l'utilisation de l'alcool (F. 10.26) et d'un trouble de la personnalité non spécifié (F. 60.9). Il relève dans son rapport du 28 avril 1999 sous la rubrique status : « (...) Tableau clinique caractérisé par : Rétrécissement du champ de conscience. Dysthymie, dysphorie, abus de substances, dipsomanie, aboulie, aprosexie et apragmatisme ». Il fait mention dans son rapport du 15 juin 2001, sous symptômes et signes de l'affection, d'un trouble émotionnel, d'une dysthymie, d'une dysphorie, d'un trouble du sommeil et d'une agitation psychomotrice. Dans son courrier du 7 octobre 2003, il ne diagnostique qu'un état d'alcoolisation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F. 43.25).

Selon le DSM IV, la dénomination de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites doit être utilisée lorsque les manifestations prédominantes sont à la fois des symptômes du registre émotionnel (comme la dépression, l'anxiété) et une perturbation des conduites. La perturbation des conduites comporte une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet (par exemple, l'école buissonnière, le vandalisme, une conduite automobile imprudente, des bagarres, un manquement à ses responsabilités légales ; cf. F. 43.25 et F. 43.24 DSM IV). Quant à la catégorie des troubles de la personnalité non spécifiés, elle est réservée aux troubles de la personnalité qui ne remplissent pas les critères d'un trouble de la personnalité spécifique (F. 60.9 DSM IV).

En l'occurrence, il ressort des différentes attestations du médecin traitant que le facteur prédominant dans la pathologie présentée par le recourant tant en 1999, qu'en 2003 - suite à l'aggravation de l'état de santé survenue après la décision de l'OCAI et dont il n'y a dès lors pas lieu de tenir compte -, est l'éthylisme. Le patient a en effet sombré en août 2003, suite à divers chocs affectifs, dans un état d'alcoolisation avec perturbation mixte des émotions et conduites. Le psychiatre n'explique cependant pas en quoi consiste cette perturbation, ni son éventuelle répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, au vu des descriptifs contenus dans les rapports antérieurs, il ne se justifie pas de qualifier les troubles de l'adaptation et le trouble de la personnalité non spécifié d'atteinte à la santé mentale au sens de l'art. 4, al. 1 LAI. On ne saurait en effet assimiler à une maladie les simples difficultés de comportement renforcées par la prise de substances psycho-actives (alcool, haschich, anxiolytique), pas plus que les difficultés professionnelles de l'assuré. On ne voit pas non plus que les symptômes des troubles présentés - à l'exception de la consommation excessive d'alcool - aient une influence sur la capacité de travail du recourant. On doit au contraire admettre qu'il est possible - en cas de maîtrise définitive du problème de la drogue - de rétablir une capacité productive, comme l'admet le Dr L_____, qui estime que l'assurance-invalidité ne devrait intervenir qu'un certain temps.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles présentés par le recourant, en sus de son problème d'alcoolisme, tant en 1999 qu'en 2003, n'ont pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Sa dépendance à l'alcool, provenant principalement d'événements de vie adverses, ne constitue donc pas une invalidité au sens de l'art. 4 LAI, puisqu'elle n'a provoqué aucune maladie ou accident entraînant une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ni ne résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie.

Le recours s'avère par conséquent mal fondé et doit être rejeté.

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Reçoit le recours ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Dit que la procédure est gratuite ;
4. 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 qu'elle 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 :

Pierre Ries

La présidente :

Isabelle Dubois

La secrétaire-juriste : Frédérique Glauser

Le présent arrêt est notifié aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe