RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1694/2002 **ATAS/167/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 23 mars 2004

1ère Chambre

En la cause

Monsieur P_____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALITE, intimé
Rue de Lyon 97, 1211 GENEVE 13

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en septembre 1968, titulaire d'un CFC de ferblantier, n'a jamais travaillé régulièrement et a séjourné à dix reprises en prison entre 1993 et 2001. Il est actuellement sans activité et reçoit l'assistance de l'Hospice Général.

2. Confronté à des problèmes de toxicomanie (opiacées) dès l'âge de 20 ans, il a été suivi entre 1993 et 1997 par le Dr A_____ et dès 1997 par le Dr B_____. Il est actuellement traité par méthadone et benzodiazépines, même s'il continue occasionnellement à consommer des drogues. Dans le cadre de cette dépendance, l'intéressé a contracté les hépatites B et C.

3. Le 12 mars 2002, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) dans le but d'obtenir un reclassement professionnel et/ou une rente.

4. L'OCAI a requis les avis des médecins traitants de l'assuré.

5. Parmi ceux-ci figure en particulier le rapport du Dr B_____ du 14 mai 2002, lequel confirme la présence d'une toxicomanie ainsi que d'hépatites B et C. Il ressort de son appréciation que la toxicomanie de l'assuré n'est ni la conséquence ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou psychique antérieure.

6. L'OCAI a également mandaté le service médical régional Léman (ci-après SMR Léman), afin qu'il se prononce sur l'origine de la toxicomanie et sur ses conséquences éventuelles sur la capacité de travail de l'intéressé. Dans son rapport d'examen du 28 août 2002, le Dr C_____ dudit service a déduit des pièces médicales au dossier que la toxicomanie de l'assuré était de caractère primaire et n'avait pas engendré d'atteinte à la santé secondaire invalidante.

7. Se fondant sur ces pièces médicales, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré par décision du 17 septembre 2002, motif pris que l'assuré ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante.

8. Le 18 novembre 2002, l'intéressé a interjeté recours contre ladite décision. Il soutient que les hépatites B et C dont il est atteint, causées par de nombreuses années de toxicomanie, ses troubles maniaco-dépressifs et les atteintes physiques dont il souffre à la suite d'un accident de la circulation justifient l'octroi de prestations AI.

9. Dans son préavis du 18 février 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif, d'une part, que la toxicomanie dont souffre le recourant n'est pas la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique antérieure et que, d'autre part, les pathologies apparues à la suite de la toxicomanie ne peuvent être considérées comme des atteintes invalidantes.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (ci-après : LOJ) a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003 (cf. art. 1 let. r LOJ). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : aLAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : aRAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après : aLAVS).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à un reclassement dans une nouvelle profession et/ou à une rente d'invalidité.

5. Selon l'art. 4 al. 1 aLAI, 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.

   Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 aLAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

   D'après l'art. 8 al. 1 aLAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

   A 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 (VSI 1996 p. 317, 320 et 323 ; RCC 1992 p. 182 consid. 2b).

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marche du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative

insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; ATFA du 23 décembre 1996).

Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Dans une affaire où le diagnostic de sinistrose avait été posé, le Tribunal fédéral a précisé qu' "aussi longtemps qu'il (est) possible d'attendre de l'intéressé qu'il fasse l'effort d'utiliser sa capacité de travail, alors que sa santé mentale ne l'en empêche pas, sans que cela soit insupportable pour la société, le refus de rente mérite d'être maintenu" (ATF 106 V 90).

Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'OCAI aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72^{bis} aRAI ; VSI 1997 p. 318).

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). 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.

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb ; 122 V 161 consid. 1c et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du contexte médical soit claire et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 122 V 160 et les références).

6. En l'espèce, le dossier contient plusieurs avis médicaux concernant l'état de santé de l'assuré, desquels il ressort que le recourant souffre de toxicomanie et des hépatites B et C.

Selon le Dr B_____, la toxicomanie primaire dont souffre le recourant n'est pas la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique antérieure ; elle est au contraire à l'origine des hépatites B et C. Il résulte ensuite du rapport du SMR Léman que ces atteintes ne peuvent être qualifiées d'atteintes secondaires et qu'elles ne justifient pas une invalidité.

Au vu de ces avis médicaux, dont il n'y a pas de raison, en l'occurrence, de s'écarter, il y a donc lieu de considérer que la toxicomanie ainsi que les hépatites B et C dont est atteint le recourant ne constituent pas une invalidité et ne peuvent, à ce titre, donner lieu à l'octroi d'une rente AI ou d'une mesure d'ordre professionnel.

7. Enfin, le recourant allègue souffrir de troubles maniaco-dépressifs ainsi que des séquelles d'un accident de la circulation. Or, force est de constater que ces atteintes à la santé ne sont attestées par aucun des rapports médicaux figurant au dossier, de sorte que le Tribunal de céans n'est pas en mesure en l'état de se prononcer sur un éventuel droit de l'assuré à une rente AI qui en découlerait. Le cas échéant, si le recourant devait persister dans ses conclusions, il lui serait loisible de déposer auprès de l'OCAI une nouvelle demande de prestations AI allant dans ce sens.

Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Reçoit le recours ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. 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).

La greffière :

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Elisa COACCI

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