RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1701/2002 **ATAS/344/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 11 mai 2004

1ère Chambre

En la cause

Monsieur D_____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, intimé
Rue de Lyon 97 à Genève

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur Minh D_____, né le juin 1948, d'origine vietnamienne, est venu en Suisse en 1967. L'assuré a exercé plusieurs métiers tels que « sales assistant » ou responsable du « Back Office ». Il a été en dernier lieu employé administratif au service de la Société X. Il a cessé toute activité lucrative dès le 8 juillet 1998. Il a déposé le 6 juillet 1999 une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente, alléguant souffrir de dépression depuis 1998.

2. La Doctoresse A du Département de psychiatrie établissement hospitalier, consultation Acacias, a, dans son rapport du 26 août 1999 adressé à l'OCAI, posé les diagnostics suivants : épisode dépressif, trouble bipolaire, dépendance à l'alcool actuellement abstinent sous traitement aversif, personnalité émotionnellement labile. Elle évalue à 100% l'incapacité de travail depuis juillet 1998, tout en précisant que l'état de santé est susceptible d'amélioration. Le 15 mai 2000, le Docteur B, consultation Acacias, a confirmé et le diagnostic et le taux d'invalidité retenus, ajoutant que « au vu de l'évolution modestement favorable de la comorbidité psychiatrique une rente d'invalidité à 100% s'avère logique et peut même contribuer au maintien du statu quo ».

3. L'OCAI a confié un mandat d'expertise au Docteur C, psychiatre. Un rapport d'expertise a été établi le 18 janvier 2001. Il y est rappelé que l'assuré a été hospitalisé de nombreuses fois dans des établissements psychiatriques, et qu'en 1998 il a présenté un épisode dépressif moyen. L'expert relève que selon le médecin, le trouble bipolaire s'est stabilisé sous médication. Il relève une dépendance à l'alcool, à la codéine, aux benzodiazépines, diagnostique un épisode dépressif moyen ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile. Finalement l'expert considère que le trouble affectif diagnostiqué en juillet 1998 s'est stabilisé. Selon lui, on peut raisonnablement conclure que les affections décrites n'ont à présent que de légères incidences sur sa capacité de travail. Il conclut ainsi qu' « on peut raisonnablement attendre qu'il reprenne une activité lucrative ».

4. Invité par le Docteur D, médecin conseil de l'OCAI à préciser certains points de son rapport, le Docteur E confirme notamment que la baisse de rendement peut être évaluée entre 10 et 20% (cf. courrier du 11 juin 2001).

5. L'assuré a été mis, par ordonnance du Tribunal tutélaire du 5 juillet 2001, sous curatelle en application des articles 392 et 393 du Code civil suisse - CCS -.

6. Par décision du 17 octobre 2002, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er juillet 1999 au 31 janvier 2001. Il a en effet considéré qu'actuellement son état de santé s'était stabilisé et que sa capacité de travail pouvait être considérée comme entière dans les activités déjà exercées. Aucune mesure professionnelle n'a par ailleurs été envisagée, l'incapacité de travail attestée médicalement se confondant avec son incapacité de gain.

7. L'intéressé a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI le 28 octobre contre ladite décision, alléguant que « mon état de santé s'est péjoré et je suis actuellement depuis des mois dans l'incapacité totale de travailler, malgré toute ma bonne volonté ».

   A l'appui du recours a été joint, un courrier du 23 avril 2002 du Docteur F, du département psychiatrique Établissement hospitalier, consultation Jonction, auquel s'était adressé le Docteur B. Après avoir vu l'assuré, le Docteur F a constaté que « le diagnostic de trouble de l'humeur persistant me semble justifié, même si l'on peut poser un diagnostic de trouble bipolaire type 1 ou type 2. En effet les symptômes présentés par l'intéressé s'apparentent plutôt à un diagnostic de cyclothymie. L'évaluation du trouble de l'humeur est compliquée par la présence d'un trouble de la personnalité ainsi que par des antécédents marqués de dépendance à l'alcool et d'abus de substance ». Par courrier du 5 décembre 2002, le Docteur B a informé la Commission cantonale de recours AVS-AI que devant la complexité et le doute sur le diagnostic clinique, il avait été décidé de traiter le patient par un stabilisateur de l'humeur comme un patient bipolaire. Il a par ailleurs insisté sur le fait qu'il n'était formellement pas envisageable de projeter une réinsertion professionnelle durable au vu de la chronicité des symptômes. Selon lui en effet, « des démarches soutenues dans ce sens vont être assez vite marquées par des décompensations psychiatriques importantes et déstabiliser le peu de stabilisation de l'humeur que nous avons pu obtenir avec ce traitement médicamenteux ».

8. Dans son préavis du 24 février 2003, l'OCAI souligne s'être fondé sur le rapport d'expertise du Docteur E. Il se réfère également à une note du Docteur D établie le 21 février 2003. Celui-ci invité à se déterminer sur les constatations du Docteur F, relève que « l'appréciation actuelle se trouve dans la même lignée que les diagnostics posés lors des hospitalisations (épisodes dépressifs réactionnels) et de l'expert, le Docteur E. Ce dernier constate en novembre 2000 et janvier 2001 une

rémission de l'état dépressif, ce qui se produit justement en cas de cyclothymie. Du reste en 1999 (rapport de la Doctoresse A du 26 août 1999), il y avait déjà à ce moment une stabilisation ; elle ajoute (lettre du 7 juin 1999) que l'état dépressif et le trouble de l'humeur « ont bien répondu au traitement antidépresseur », donc si l'assuré est correctement traité, son état de santé s'améliore. Le problème de la toxicomanie est résolu et rien n'indique que ces consommations abusives aient entraîné des conséquences importantes ». Le Docteur D termine en rappelant que pour déterminer les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, une expertise a été demandée et celle-ci a conclu à une capacité de l'ordre de 80 à 90% ».

EN DROIT

1. Le recours interjeté en temps utile auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI est recevable (articles 84 LAVS et 69 LAI).

   La cause a été transmise d'office au présent Tribunal conformément à l'article 3, al. 3 de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ).

   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 de l'AVS-AI. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 366).

2. L'article 4 LAI alinéa 1 l'invalidité se définit comme 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.

3. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, il faut mentionner – outre les affections 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 convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. 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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serrait insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 consid. 2b, p. 224s. ; VSI 2000 consid. 2a, p. 153 ; VSI 1996, p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1999, p. 182 consid. 2a et les références).

4. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000 ; ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32ss et les réf. citées). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung

p. 297ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss).

A ce titre, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizeriches Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss. ; ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000).

5. En l'espèce, la Doctoresse A a évalué l'incapacité de travail à 100% depuis juillet 1998, mais a précisé, au moment de l'élaboration de son rapport, soit en août 1999, que l'état de santé de son patient était susceptible d'amélioration. Force est à cet égard de constater qu'en janvier 2001, l'expert conclut à la statilisation des troubles diagnostiqués en 1998 et partant, à la possibilité pour l'assuré de reprendre une activité lucrative, compte tenu d'une baisse de rendement entre 10 et 20%. C'est dès lors à juste titre que l'OCAI a limité le droit du recourant à la rente AI au 31 janvier 2001.

Celui-ci produit à l'appui de son recours les conclusions des Docteurs F et B, selon lesquels, d'une part, des risques de décompensations psychiatriques importantes sont à envisager et d'autre part, la stabilisation de l'humeur obtenue grâce à un traitement médicamenteux pourrait être compromise. Force est toutefois de rappeler à cet égard qu'il serait prématuré que l'assurance-invalidité intervienne alors qu'il n'y a qu'un risque d'aggravation (art. 8 LAI). Une nouvelle demande de prestations pourra être déposée le cas échéant. Les craintes des Docteurs F et B ne sauraient dès lors suffire en l'état à remettre en cause le rapport d'expertise du Docteur E qui répond au demeurant aux critères posés par la jurisprudence.

Il est vrai qu'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 du 25 juillet 2003 en la I 731/02 ; VSI 2001, 223 ; VSI 2002, 301 ; VSI 1996 317, 320 et 323 ; RCC 1992 182 consid. 2b).

Il n'apparaît cependant pas dans le cas d'espèce qu'il y ait un lien entre la toxicomanie et l'épisode dépressif ou le trouble bipolaire. La toxicomanie n'a pas non plus impliqué une atteinte à la santé au sens de la LAI. Elle est au surplus à présent résolue.

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 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).

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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