RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1792/2002 **ATAS/697/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème Chambre

du 30 août 2005

En la cause

Monsieur C_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève intimé

Siégeant : Mme Isabelle Dubois, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né en août 1944, est divorcé et comptable de profession.

2. Le 20 mai 2000, dans un café, l'assuré a eu un malaise avec perte de connaissance, morsure de langue et perte d'urine. Il a été amené par cardiomobile à la Division d'urgences médico-chirurgicales (ci-après : DUMC). Après ventilation, il s'est réveillé amnésique et très agité. En raison de difficultés de discernement, le 21 mai 2000, il a été examiné à l'unité d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) où les Drs L_____ et M_____ sont arrivés aux constatations suivantes : un état de vigilance normal chez un patient calme et bien orienté, le discours est cohérent, avec déni de tous les problèmes liés à l'alcool tout en parlant d'une consommation journalière d'un à deux litres de vin et d'environ deux bières. Le patient a affirmé être abstinent pendant 4 à 5 jours, sans signe de sevrage. Il a été informé que sa consommation d'alcool était excessive et qu'il risquait un delirium tremens lors des abstinences. L'assuré n'a jamais eu de sevrage et n'en voit pas la nécessité. La thymie est neutre et il n'a pas d'idées suicidaires. Les médecins ont posé les diagnostics d'intoxication alcoolique aiguë avec convulsion (F10.06) et de syndrome de dépendance à l'alcool (F 10.25). En résumé, le patient, dépendant à l'alcool depuis plusieurs années, a fait une crise d'épilepsie dans le cadre d'une alcoolisation aiguë.

3. Le 15 octobre 2000, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant l'obtention d'une rente.

4. Dans un rapport médical adressé à l'OCAI le 31 octobre 2000, le Dr N_____, cardiologue, a attesté d'une incapacité de travail de durée indéterminée de 50% dans la profession de comptable. Lors de l'examen, l'assuré a dit avoir des dyspnées aux efforts physiques et des malaises lipothymiques. Le praticien a diagnostiqué des syncopes, une dyspnée comme équivalent d'angor, un infarctus du myocarde et une maladie coronarienne occlusive. Il a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. En annexe, il a transmis le rapport de coronographie réalisé le 16 août 2000 en raison d'une cicatrice d'infarctus inférieur silencieux à l'ECG, confirmé au test au thallium. La coronarographie sélective droite a mis en relief que une coronaire droite paraît obstruée peu après son départ avec une discrète opacification au milieu de la portion verticale puis un vaisseau en avant complètement occlus. En conclusion, l'assuré souffre d'une maladie coronarienne d'un vaisseau sous forme d'une occlusion proximale d'une coronaire droite collatéralisée par le réseau gauche mais dont la périphérie paraît très athéromateuse ainsi que d'une hypokinésie sévère postéro-basale. Le patient étant asymptomatique et le vaisseau bien collatéralisé, l'indication d'une désocclusion n'a pas été retenue d'autant plus qu'à court terme, le risque de réocclusion se situe à environ 50%.

5. Par courrier du 13 décembre 2000, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a informé l'OCAI que l'assuré a bénéficié des indemnités de chômage du 8 février 1991 au 7 février 1993. L'assuré s'est annoncé auprès de l'OCE une deuxième fois et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur pour la période du 24 mars 1999 au 23 mars 2001. Cependant, depuis le 10 août 2000, il a été mis au bénéfice des prestations cantonales en cas de maladie ou de maternité (ci-après : PCMM).

6. Dans un rapport médical adressé à l'OCAI le 22 décembre 2000, le Dr O_____, interniste et spécialiste des maladies des poumons, a attesté d'une incapacité de travail définitive de 100% dès le 10 août 2000. Il a diagnostiqué une maladie coronarienne, une dépression anxieuse, un éthylisme, un tabagisme et une suspicion d'épilepsie (le 20 mai 2000). Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le médecin traitant a principalement renvoyé aux constatations faites par l'unité d'urgences psychiatriques des HUG. Il a précisé que la conséquence des troubles psychiques sur la capacité de travail était impossible à évaluer. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, il a relevé que l'alcoolisme et le tabagisme de l'assuré existaient depuis le 29 avril 1986, date de sa première consultation. Il s'agit d'une toxicomanie importante, qui est la conséquence d'une atteinte à la santé mentale ainsi que de la perte du travail, mais elle n'a pas causé un dommage physique ou mental important.

7. Le 26 mars 2002, le rapport d'examen du Service médical régional (ci-après : SMR) a mis en évidence un alcoolisme primaire sans co-morbidité psychiatrique invalidante. L'assuré ne présentait pas de séquelles importantes qui pourraient diminuer sa capacité de travail dans ses activité habituelle. De plus, l'atteinte coronarienne n'avait que peu d'influence sur la fonction cardiaque et le status n'avait pas montré de signes d'insuffisance cardiaque. De ce fait, le SMR n'a pas retenu l'incapacité de travail de 50% dans l'activité de comptable attestée par le cardiologue, car il s'agit d'une activité sédentaire. Il a ajouté que d'un point de vue médico-juridique, les incapacités de travail attestées par les différents médecins ne pouvaient pas être retenues ni justifiées. En conclusion, il n'y a aucune atteinte principale à la santé qui justifie une interruption de travail d'un point de vue assécurologique, la capacité de travail est totale, sans limitation fonctionnelle, dans l'activité de comptable.

8. Par décision du 2 mai 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations sur la base de ce rapport et pour les motifs susmentionnés.

9. Par courrier du 24 mai 2002, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI alors compétente. Il considère que l'OCAI a minimisé la dégradation de sa santé, car depuis l'accident il se sent de plus en plus fatigué, sans énergie, déprimé, angoissé,

essoufflé et complètement épuisé quand il monte un étage à pied. Il dépend actuellement de l'Hospice général et ne peut plus travailler.

10. Dans son préavis du 26 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Les motifs du refus de prestations ressortent de la décision attaquée et des pièces versées au dossier, plus particulièrement du rapport d'examen du SMR du 26 mars 2002.

11. La cause a été transmise au Tribunal cantonal des assurances sociales le 1er août 2003. Le Tribunal de céans a procédé à une instruction écrite auprès des Drs N_____, cardiologue, P_____, nouveau médecin traitant du recourant et Q_____, cardiologue.

12. Dans son courrier du 1er mars 2005 adressé au Tribunal de céans, le Dr N_____ a indiqué que l'incapacité de travail de 50% qu'il avait attestée en 2000 était basée sur une affection cardiaque. En avril 2003, le recourant lui avait demandé des certificats d'incapacité de travail pour la période comprise entre août 2000 et mars 2003 qu'il avait refusé de délivrer, car il ne l'avait plus suivi depuis le 18 juin 2001.

13. Par pli du 22 avril 2005 adressé au Tribunal de céans, le Dr P_____, généraliste et interniste qui a repris le cabinet du Dr R_____, précédent médecin traitant, a indiqué suivre le recourant à raison d'une fois tous les deux mois. Il considère que les motifs cardiologique et psychiatrique invoqués par son prédécesseur justifient l'incapacité totale de travail du recourant. Il renvoie au bilan cardiologique effectué par le Dr Q_____ et dit qu'en raison de cette affection cardiaque, depuis l'an 2000, le recourant présente un état dépressif chronique avec une anxiété généralisée qui a entraîné une consommation d'alcool élevée ainsi qu'un tabagisme chronique. A l'heure actuelle le recourant, devenu nettement plus raisonnable, a réduit la consommation des produits susmentionnés.

14. Dans son courrier du 9 mai 2005 adressé au Tribunal de céans, le Dr Q_____, cardiologue, a précisé avoir reçu le recourant à une reprise, soit le 9 janvier 2004. Il a effectué un électrocardiogramme, une échocardiographie et a informé le patient de sa valvulopathie et des précautions à prendre dans ce contexte. Le médecin traitant du recourant avait demandé une épreuve d'effort mais l'intéressé ne s'est jamais présenté. De ce fait, il ne peut pas répondre à la question posée sur les conséquences éventuelles du problème coronarien et valvulaire sur la capacité de travail.

15. Par pli du 17 mai 2005, le Tribunal de céans a transmis ces courriers aux parties et leur a accordé un délai au 31 mai 2005 pour la production d'éventuelles écritures.

16. Par courrier du 26 mai 2005, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans le rapport d'examen bidisciplinaire pratiqué par le SMR le 8 mars 2002 qui manquait au dossier. L'OCAI a considéré que, dans le rapport du Dr Q_____, aucune

raison objectivement fondée ne permet de s'écarter des conclusions du SMR qui avait diagnostiqué à l'époque une dépendance alcoolique primaire chez une personnalité à traits caractériels, obésité (99kg/1m81) et une maladie coronarienne mono-tronculaire avec ancien infarctus silencieux postéro-basal sans répercussion sur la fonction cardiaque. Le status psychiatrique a montré une personne lucide et orientée, ne présentant pas de troubles du cours de la pensée ou d'autres signes florides de la lignée psychotique. Cependant, lors de l'entretien, il a répondu de manière imprécise et floue aux questions posées, sans aucune chronologie, devant être fréquemment recadré par l'examinateur. Ses capacités de jugement et de raisonnement correspondaient à une intelligence dans les limites de la norme. Au moment de l'examen, la thymie du recourant n'a pas été ni dépressive ni anxieuse. Toutefois, il s'est déclaré inquiet quant à son avenir et à ses difficultés financières. Le SMR n'a pas relevé de « foetor » éthylique ni de signe d'imprégnation ou de sevrage. Dans l'appréciation consensuelle du cas, le SMR a considéré que le recourant ne présentait que peu de séquelles de cet alcoolisme chronique (poly-neuropathie des membres inférieurs débutante, légère augmentation du polygone de sustentation et marche légèrement « ébrieuse » sur une ligne), lesquelles ne sont pas invalidantes. La maladie coronarienne mono-tronculaire est sans répercussion sur la fraction d'éjection mais entraîne une limitation du port de charge répété de plus de 5 kg et occasionnellement de plus de 15 kg avec une activité de type sédentaire. L'assuré étant comptable de formation, cette activité est totalement compatible avec son atteinte à la santé. L'alcoolisme est la seule cause des incapacités de travail rencontrées par le recourant depuis 1989. Cependant, les séquelles de cet alcoolisme n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail, et ne peuvent être prises en compte dans la diminution de sa capacité depuis 1989. Ni l'anamnèse, ni l'examen clinique n'ont mis en évidence de pathologie psychiatrique antérieure pouvant faire considérer son alcoolo-dépendance comme secondaire. Sur le plan psychiatrique, il n'existe pas d'atteinte à la santé invalidante justifiant l'intervention de l'assurance-invalidité. En conséquence, le SMR a conclu à une capacité de travail totale dans son activité de comptable.

17. Après transmission de ces écritures au recourant, par pli du 31 mai 2005, la cause a été gardée à juger.

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 2004, 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. 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 juger du cas d'espèce.

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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Par conséquent, la décision ayant été rendue en mai 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant entraînent une diminution de la capacité de gain et ouvrent le droit à une rente d'invalidité.

5. Selon l'art. 4 al. 1er 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.

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

invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

Ainsi, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire dans chaque cas qu'un diagnostic pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise, ce qui est déterminant, c'est 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154).

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, lorsque le juge apprécie les rapports établis par les médecins traitants, il 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. Ainsi la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail faite par le médecin de famille (ATF 125 V353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Selon le paragraphe 1058 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ci-après : CIIA), l'appréciation des conditions du droit aux prestations du point de vue médical, à l'aide du rapport médical et d'autres documents médicaux, relève de la compétence du SMR. Celui-ci dispose à cet effet de médecins de différentes spécialités. Il réclame au besoin d'autres documents médicaux et décide si la personne assurée doit se soumettre à un examen médical au SMR. Si ces mesures ne permettent pas d'apprécier suffisamment les conditions du droit aux prestations du point de vue médical, le SMR recommande à l'office AI un examen médical supplémentaire dans une ou plusieurs spécialités et désigne l'organe approprié.

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 pp. 317, 320 et 323; RCC 1992 p. 182 consid. 2b et les références ; § 1013 CIIA).

6. En l'espèce, le recourant allègue une dégradation de son état de santé et, en conséquence, une incapacité totale de travail depuis l'incident du 20 mai 2000.

A cet égard, il y a lieu de se référer aux documents médicaux relatifs au recourant. En l'occurrence, le 8 mars 2002, le SMR s'est livré à un examen clinique bidisciplinaire sur la base duquel il a rendu un rapport qui répond aux réquisits de la jurisprudence, dans la mesure où les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, où le rapport se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Par ailleurs, la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées. Il ressort de ce rapport que le recourant présente un alcoolisme chronique dont les séquelles (poly-neuropathie des membres inférieurs débutante, légère augmentation du polygone de sustentation et marche légèrement « ébrieuse » sur une ligne) ne sont pas invalidantes et ne peuvent pas être prises en compte dans la diminution de sa capacité depuis 1989. Le recourant présente également une maladie coronarienne mono-tronculaire qui entraîne une limitation du port de charge répété de plus de 5 kg et occasionnellement de plus de 15 kg avec une activité de type sédentaire. Le recourant étant comptable de profession, cette activité est totalement compatible avec la maladie coronarienne. Par ailleurs, il ne présente pas de pathologie psychiatrique antérieure pouvant faire considérer son alcoolo-dépendance comme secondaire. L'alcoolisme primaire est donc la seule cause des incapacités de travail rencontrées par le recourant depuis 1989.

Certes, dans son rapport du 31 octobre 2000, le Dr N_____ atteste d'une incapacité de travail de durée indéterminée de 50% dans la profession de comptable sur la base d'une maladie coronarienne d'un vaisseau ainsi que d'une hypokinésie sévère postéro-basale chez un patient asymptomatique ayant le vaisseau bien collatéralisé. Cependant, pour les raisons exposées ci-dessus, ce rapport ne peut pas primer l'examen clinique bidisciplinaire. Par ailleurs, ce diagnostic n'est pas en contradiction avec le diagnostic cardiologique postérieur du SMR. En outre, le Dr N_____ n'a plus revu le recourant depuis le 18 juin 2001 et ne peut pas se prononcer sur une incapacité de travail postérieure à cette date. Un deuxième cardiologue, le Dr Q_____, qui a vu le recourant le 9 janvier 2004, conclut également à un problème coronarien et valvulaire mais ne se prononce pas sur les

conséquences éventuelles de ces maladies sur la capacité de travail. Ces dernières constatations ne semblent d'ailleurs pas indiquer une aggravation de l'état de santé à prendre en compte ici.

Quant au médecin traitant du recourant, le Dr P_____, il suit les conclusions de son prédécesseur le Dr O_____ et renvoie le Tribunal de céans au bilan cardiologique effectué par le Dr Q_____ sans apporter d'autres éléments pertinents. Le Dr O_____ atteste, le 22 décembre 2000, d'une incapacité de travail définitive de 100% sur la base d'une maladie coronarienne, d'une dépression anxieuse, d'une dépendance à l'alcool et au tabac qui existe depuis 1986 et d'une suspicion d'épilepsie (épisode du 20 mai 2000). Il précise que la toxicomanie constatée est importante sans causer de dommage physique ou mental important.

Au vu de ce qui précède, l'examen clinique bidisciplinaire réalisé par le SMR emporte la conviction du Tribunal de céans. L'anamnèse (familiale, personnelle, professionnelle, actuelle générale, par système, psychosociale et psychiatrique) réalisée est détaillée, le dossier a été abordé avec méthode et les conclusions motivées permettent de tenir pour avéré qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé invalidante justifiant l'intervention de l'assurance-invalidité.

Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner dans quelle mesure le recourant subit une diminution de sa capacité de gain.

7. Eu égard à ces considérations, le recours doit être rejeté.

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. Le rejette.

3. Confirme la décision de l'OCAI du 2 mai 2002.

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

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