RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3119/2006 **ATAS/317/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 22 mars 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée , SAIGNELEGIER	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 1958, mère de trois enfants, divorcée, a exercé la profession d'employée de bureau. De mars 2001 à septembre 2002, elle a travaillé à raison de 20 heures par semaine pour l'entreprise X_____, pour un salaire de 1'500 fr. par mois. L'intéressée a été empêchée de travailler pour raison de maladie du 27 mai au 14 juillet 2002. Elle a ensuite repris son poste mais son employeur a mis fin au contrat de travail avec effet au 30 septembre 2002.

2. A partir du 13 octobre 2003, l'assurée s'est retrouvée dans l'incapacité totale de travailler.

3. Le 4 mars 2004, l'intéressée a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une demande de rente en invoquant une dépression, des crises d'angoisse et de panique apparues en juillet 2002.

4. D'un rapport médical établi le 14 mai 2004 par le Dr A_____, il ressort que l'assurée souffre d'un état dépressif réactionnel depuis 2000 et d'alcoolisme depuis 2002. Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 13 octobre 2003. Il a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 17 juillet 2002, que sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées.

   Il a expliqué qu'après son divorce, sa patiente est entrée dans un état dépressif réactionnel avec consommation abusive d'alcool. Elle a fait plusieurs séjours au "établissement hospitalier" et a été suivie parallèlement par la Fondation ENVOL.

   Sur le plan médical, elle a besoin d'un soutien pour maintenir une démarche d'abstinence. Sur le plan professionnel, il lui faudrait une aide, voire une formation complémentaire pour retrouver une activité professionnelle. Sur le plan médical, il n'y a aucune contre-indication à une activité courante qui n'exige pas trop d'efforts physiques (pièce 10 OCAI).

5. Le 22 septembre 2004, l'assurée s'est annoncée à l'Office régional de placement (ORP) en qualité de demanderesse d'emploi recherchant une activité d'employée de bureau à 50%.

6. Par décision du 30 novembre 2004, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'intéressée inapte au placement et lui a nié le droit aux prestations de l'assurance-chômage, au motif qu'elle avait présenté de nombreux certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail.

7. Dans un rapport médical daté du 7 janvier 2005, le Dr B_____, du Centre thérapeutique ENVOL, a posé les diagnostics suivants : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisa-

tion périodique depuis 1993 (F 10.126), trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F 33.1) traité et trouble panique (F 41.0). Ont également été mentionnés à titre de diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 17.25).

Le médecin a confirmé l'incapacité totale de travail depuis le mois d'octobre 2003. Il a indiqué que l'état de santé de la patiente était stationnaire, qu'il la suivait depuis le 16 juillet 2002 et que son dernier examen remontait au mois de juin 2004.

La patiente situait le début de sa consommation abusive d'alcool en 1993. Cette consommation s'était accentuée en 2000, au moment où elle avait divorcé. En 2001, dans le contexte d'une situation professionnelle difficile et d'un divorce mal accepté, elle buvait deux bouteilles de rosé par jour, six pendant le week-end, dans le but d'échapper à ses angoisses. Elle a effectué plusieurs cures de sevrage au "établissement hospitalier", les premières pendant son dernier emploi, en avril 2001 puis en mai 2002, période qui a été suivie d'une période d'abstinence de huit mois. L'année 2003 ayant été particulièrement difficile (perte d'emploi, conflit avec sa fille adolescente), la patiente a rechuté une première fois puis une seconde. En juin 2003, elle a été réadmise au "établissement hospitalier" pour une mise à l'abri et, en octobre 2003, pour un nouveau sevrage. Après une période d'abstinence de trois mois, elle a présenté des alcoolisations épisodiques depuis janvier 2004 avec une thymie fluctuante, une anxiété persistante dans le contexte des problèmes familiaux et des soucis socio-économiques.

La patiente, qui se décrit comme ayant toujours été angoissée, a commencé à faire des crises d'angoisse et des attaques de panique vers 1996.

Objectivement, le médecin a constaté des troubles mnésiques, un discours de débit légèrement ralenti, une thymie légèrement dépressive et une légère baisse de l'élan vital. En revanche, il a exclu les idées suicidaires et les éléments de la lignée psychotique.

Il a précisé que la patiente a bénéficié d'un traitement psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental individuel et a participé à des groupes thérapeutiques visant à prévenir les rechutes et à mieux gérer les émotions. En outre, des traitements médicamenteux anti-dépresseurs et anxiolytiques lui ont été prescrits (pièce 14 OCAI).

8. Dans le questionnaire supplémentaire adressé au médecin en cas de toxicomanie, le Dr B_____ a indiqué le 7 janvier 2005 que l'alcoolisme n'était pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physico-mentale et qu'il n'avait pas non plus causé un dommage physique ou mental important.

9. Dans un rapport rendu le 28 octobre 2005, le Dr. C_____, du Centre médical de Chêne-Bourg, a confirmé les diagnostics d'état anxio-dépressif et d'alcoolisme chronique, dont il a situé l'apparition en 1999. Le médecin a également attesté d'une incapacité totale de travail depuis le mois d'octobre 2003 dans la profession d'employée de commerce. Il a indiqué que l'état de santé de la patiente était stationnaire, que sa capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales, que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, qu'elle se plaignait de démotivation, d'anxiété, de tristesse, de pleurs, d'insomnies et d'inappétence.

10. Le Dr D_____, médecin traitant de la patiente à Saignelégier, a également rendu un rapport en date du 2 juin 2006. Il y a confirmé les diagnostics d'état anxio-dépressif et d'éthylisme chronique depuis 1999. Il a estimé que l'état de santé de la patiente s'améliorait, que la capacité de travail pouvait être augmentée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a ajouté que la patiente venait d'effectuer un sevrage ambulatoire avec succès et que l'arrêt de l'alcool, s'il se maintenait, devrait permettre d'envisager une forme de réinsertion professionnelle. Il a préconisé une réactualisation des connaissances de la patiente, notamment en informatique de bureau et a estimé qu'à terme, elle devrait pouvoir assumer un travail à 50%. Son état dépressif chronique et la fatigabilité qui l'accompagne mettaient un emploi à plus de 50% hors de portée.

11. Dans l'annexe à son rapport médical le médecin a ajouté que l'activité exercée précédemment exercée était exigible à raison de quatre heures par jour, après réinsertion, sans diminution de rendement.

12. Le Dr E_____, du service médical régional AI (SMR), dans un avis daté du 5 avril 2006, a relevé que, selon le Dr D_____, l'arrêt d'alcool devrait permettre d'envisager une reprise du travail à 50%, taux d'occupation qui correspondait à celui qui avait été celui de l'assurée précédemment. Il a souligné par ailleurs que le Dr A_____ avait indiqué que, sur le plan médical, il n'y avait aucune contre-indication à l'exercice d'une activité professionnelle. Le Dr E_____ a conclu que le problème de l'assurée était plus d'ordre médico-social et que l'alcoolisme, primaire, ne relevait pas de l'assurance-invalidité.

13. Par décision du 21 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré que l'assurée avait perdu son travail en raison de son alcoolisme, lequel était primaire, et que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxicodépendance.

14. Par courrier du 16 mai 2006, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a indiqué que si elle ne s'opposait pas à la position de l'assurance-invalidité concernant son alcoolisme, elle la contestait en revanche s'agissant de sa dépression : elle a allégué que c'est en raison de celle-ci qu'elle avait sombré dans l'alcoolisme. Cette dépression était elle-même survenue en réaction à divers événements : le décès de

sa mère, un cambriolage, ses problèmes conjugaux, la perte de son emploi, le décès de son père, la perte du nouvel emploi qu'elle avait trouvé, la tentative de suicide de sa fille, le départ de ses enfants chez leur père, etc. L'assurée a admis que c'est son alcoolisme qui a été à l'origine de la perte de son emploi mais a fait remarquer qu'elle n'a déposé sa demande de prestations que deux ans plus tard. En définitive, elle a conclu à ce qu'une demi-rente lui soit octroyée d'octobre 2003 à mars 2006 dans la mesure où un certificat médical daté du mois de juin 2006 atteste du fait qu'elle a retrouvé son autonomie.

15. Dans un avis daté du 28 juin 2006, le Dr E_____ a fait remarquer qu'il n'était absolument pas contesté que l'assurée avait traversé un état dépressif réactionnel à des éléments de vie adverses. Il a cependant relevé que le traitement de cette dépression était plutôt modeste dans la mesure où il se limitait à un comprimé de SEROPRAM 20 mg et à trois comprimés de SERESTA en 2005 et à un comprimé de CITALOPRAM début 2006. De plus, l'assurée n'était pas suivie par un psychiatre. Le Dr E_____ en a conclu que la dépression n'était pas profonde, ce qui était confirmé par le fait que le Dr B_____, dans son rapport du 7 janvier 2005, avait noté une thymie légèrement dépressive, une légère tristesse, un léger découragement et pas d'idées suicidaires. Le Dr E_____ a souligné qu'en revanche, l'alcoolisme était présent depuis 1993, qu'il était important, qu'il avait nécessité plusieurs hospitalisations et que le Dr D_____ avait indiqué que l'arrêt de l'alcool devrait permettre d'envisager une réinsertion professionnelle, sans évoquer de limitation due à l'état dépressif.

16. Par décision sur opposition du 15 août 2006, l'OCAI a maintenu sa décision de refus de prestations en se référant à l'avis du Dr E_____. Il a relevé que l'assurée avait continué à travailler après l'apparition de l'état dépressif invoqué, que selon son médecin, la toxicomanie n'était ni la conséquence d'une atteinte à la santé ni la cause d'un dommage physique ou mental important et qu'en conséquence, il y avait lieu d'admettre que l'on pouvait exiger de la part de l'assurée les efforts nécessaires pour rétablir sa capacité de gain.

17. Par courrier du 30 août 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une demi-rente pour la période d'octobre 2003 à mars 2006. Elle explique que durant ce laps de temps, elle avait été très affaiblie moralement, physiquement et psychiquement. Elle réaffirme que c'est en raison de sa dépression qu'elle est devenue dépendante de l'alcool et non le contraire. A l'appui de ses dires, elle produit une brève attestation établie le 26 août 2006 par le Dr D_____ dans laquelle ce dernier indique :

> "S'il est vrai que la patiente a retrouvé un état de santé permettant une reprise du travail en mars 2006 grâce à l'intensification du traitement anti-dépresseur et à l'abstinence contrôlée à laquelle elle a accepté de se soumettre, elle a été sans ressources pour raison de

maladie pendant plusieurs années et sa demande d'une demi-rente pour ladite période de maladie me paraît tout à fait légitime".

18. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 septembre 2006, a conclu au rejet du recours.

19. Après transmission de cette réponse à la recourante, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce doit donc être reconnue.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). L'incapacité de travail de la recourante ayant débuté en octobre 2003, la LPGA est applicable à la présente cause. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

   b) 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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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 marché 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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) (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 237/04).

   c) 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 (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

6. Le juge des assurances sociales 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

7. Il s'agit en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes qui ouvriraient droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   Le Dr A_____ a clairement indiqué que l'état dépressif était réactionnel à des évènements de vie adverses. Quant au Dr B_____, il a confirmé que l'alcoolisme n'était pas la cause d'un dommage physique ou mental important. D'ailleurs, la recourante elle-même admet que sa dépression n'est pas la conséquence de son alcoolisme.

   Elle soutient en revanche que c'est elle qui en serait à l'origine, ce qui a été démenti par le Dr B_____ dans son rapport du 7 janvier 2005 puisqu'il a exclu également que l'alcoolisme soit la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physico-mentale.

   Qui plus est, ainsi que le relève l'intimé, il ressort des différents rapports médicaux que l'état dépressif de la recourante n'a pas été, en soi, à l'origine de son incapacité de travail. En effet, l'état dépressif est antérieur à la dépendance à l'alcool. Or, avant que celui-ci ne prenne des proportions importantes, l'état dépressif de l'assurée ne l'a pas empêchée d'exercer une activité lucrative. Elle le reconnaît d'ailleurs expressément, indiquant que ce sont ses problèmes d'alcool qui ont été à l'origine de son

licenciement. Par ailleurs, le Dr D_____ a indiqué que l'arrêt de l'alcool devrait permettre à l'assurée de se réinsérer dans le monde du travail. Certes, il a précisé, dans le certificat établi le 26 août 2006 et produit par la recourante que si sa patiente a retrouvé un état de santé permettant une reprise du travail en mars 2006, c'est également à l'intensification du traitement anti-dépresseur qu'elle le doit. Cela n'est cependant de pas suffisant pour admettre que l'état dépressif à lui seul était invalidant. Qui plus est, le médecin semble surtout légitimer la demande de prestations de sa patiente par le fait qu'elle a été "sans ressources pour raison de maladie pendant plusieurs années", faisant ainsi l'amalgame entre dépression et alcoolisme, sans distinction.

Force est de constater que l'alcoolisme de la recourante n'est ni la conséquence ni la cause d'une atteinte à la santé invalidante, de sorte qu'il ne saurait ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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. Condamne la recourante à verser un émolument de 200 fr.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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