RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/6/2006 **ATAS/480/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 16 mai 2006

En la cause

Monsieur S_____, domicilié Genève	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né en 1965, a accompli un apprentissage de menuisier, sans toutefois le mener à terme. Après avoir occupé divers emplois en tant que manœuvre - menuisier, il a exercé son activité à titre indépendant depuis 1990. Il a déposé une demande visant à l'octroi de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) le 25 juin 2002.

2. Le Docteur A_____, médecin traitant depuis 1993, spécialiste FMH en médecine interne, a dans un rapport adressé à l'OCAI le 25 octobre 2002 posé les diagnostics suivants :

   - toxicomanie, actuellement traitée par Méthadone
   - hépatite C
   - lésions dégénératives des vertèbres
   - alcoolisme chronique et
   - dépression

   Ce médecin a indiqué que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 1er novembre 2001. Il a précisé que la toxicomanie était antérieure à l'atteinte à la santé sans que soit exclue la possibilité d'une prédisposition. Selon lui, la toxicomanie avait causé une altération de la personnalité ainsi que l'hépatite C.

   Dans un rapport complémentaire du 2 novembre 2004, il a précisé que son patient était affaibli physiquement, qu'il était hypotrophique avec douleurs ostéo-articulaires, ce qui constituait la cause somatique de son incapacité de travail, qu'il n'était pas suivi par un psychiatre et qu'aucune activité, même adaptée, ne pouvait être exercée.

3. L'OCAI a mandaté le Centre d'expertise médicale de Genève pour une expertise inter-disciplinaire. Un rapport a ainsi été établi le 19 mai 2005. Les médecins du Centre d'expertise médicale ont constaté un état asthénique avec atrophie musculaire généralisée, un état de nutrition réduit (taille 174,5 cm, poids 54 kg, indice de masse corporelle 17,8 kg/m^2) et une lordose lombaire presque effacée. Ils n'ont en revanche mis en évidence ni limitation de la mobilité ni déclenchement de douleurs lors de la mobilisation du rachis ou des articulations périphériques. L'assuré souffre également d'une importante anémie ferriprive et la sérologie est positive pour l'hépatite C.

   La Doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics suivants :

   - troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées; suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale,
   - troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool; syndrome de dépendance utilisation continue,

- épisode dépressif moyen sans syndrome somatique.

La Doctoresse B_____ a indiqué :

"la vie de *l'assuré* est marquée par une souffrance psychique importante depuis son enfance. Il a grandi dans différents foyers, sans repères. Il a plongé déjà durant son adolescence dans la consommation de drogues. A un jeune âge également, il a formé un couple avec une femme ayant la même expérience de la vie et la même dépendance que lui. C'est aux alentours de la naissance de leurs enfants, qui représentait certainement une nouvelle difficulté d'identité et de responsabilité de père, que l'*assuré* a commencé à consommer de l'héroïne. Malgré un parcours de substitution et une dépendance plutôt chaotique, il a réussi plus ou moins seul à se stabiliser et à remettre un peu d'ordre dans sa substitution depuis déjà quatre ans. Actuellement, il nécessite 25 mg de Méthadone par jour, sans autre consommation de drogue dure. En revanche et en réponse à une anxiété, il a développé une dépendance à l'alcool. Toute la problématique du trouble de la dépendance se reflète dans cette succession de dépendance aux substances. Dans le contexte de l'échec de pouvoir assumer convenablement les soins de ses enfants, ainsi que dans la répétition de sa propre histoire - les enfants sont placés comme lui dans le même foyer -*l'assuré* a développé une symptomatologie dépressive. La dépression est certainement en partie la conséquence d'un impact dépressiogène de l'alcool. L'intensité des symptômes présentés se situe plutôt dans la moyenne et influence ses capacités de vivre et de travailler au quotidien (fatigue, perte d'énergie, troubles du sommeil, etc.)".

Le médecin a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50%, étant précisé qu'un traitement médicamenteux antidépresseur pouvait raisonnablement faire espérer une amélioration de la symptomatologie dépressive et, partant, de la capacité de travail. Selon elle, un sevrage devrait être entrepris avant même de commencer la prise d'antidépresseurs. Elle conseille une courte couverture avec des benzodiazépines, vu la facilité de développement d'une nouvelle dépendance, et un suivi psychiatrique spécialisé. Elle considère que dans ces conditions une réinsertion professionnelle à 50% peut également avoir un bon impact et même un effet thérapeutique et structurant.

Lors du consilium, il a été constaté que l'assuré était inapte à effectuer une activité physique mi-lourde ou lourde, que le traitement conséquent de ses affections et une abstinence éthylique apporteraient néanmoins une nette amélioration de son état physique. Les experts ont précisé que l'anémie ferriprive et l'hépatite C chronique peuvent expliquer l'asthénie importante, qui est encore accentuée par la consommation abusive d'alcool. L'anémie ferriprive est toutefois réversible par substitution de fer, soit par voie orale, soit par voie intraveineuse. Ils proposent dès lors une substitution vitaminique plus large et une normalisation des habitudes alimentaires. Considérant que l'assuré se trouve dans une phase assez stable avec une bonne motivation pour préserver au mieux sa santé, ils proposent également

que l'assuré soit évalué dans un centre spécialisé en vue d'un traitement de l'hépatite C, qui montre aujourd'hui une bonne chance de guérison. Sur le plan psychique, ils n'ont pas constaté d'atteinte qui pourrait anéantir la faculté de l'assuré d'adhérer à de tels traitements. Les troubles psychiques dont il souffre (angoisse, dépression, troubles comportementaux et mentaux) diminuent actuellement la capacité de travail, mais pourraient être améliorés sous traitement (anxiolyse, psychothérapie, abstinence à l'alcool) et n'être plus limitants. Ils considèrent que le pronostic, bien que bon sur le plan somatique, reste mitigé au vu de l'anamnèse avec un comportement de dépendance.

Ces conclusions ont été soumises à l'examen du Docteur C_____ du Service médical régional AI (SMR). Celui-ci, dans un rapport du 21 juin 2005, a considéré que, compte tenu du parcours professionnel de l'assuré et de l'absence de pathologie psychiatrique indépendante de la toxicomanie, cette dernière est primaire au sens de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence N° 1013 (CII N° 1003). Il en conclut que la toxicomanie n'a pas valeur d'invalidité dans le cas d'espèce et que les atteintes à la santé liées à la toxicomanie et réversibles à l'arrêt de celles-ci, n'entraînent pas d'incapacité de travail au sens de l'AI.

4. Par décision du 4 juillet 2005, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande de prestations AI était rejetée.

5. L'assuré a formé opposition le 2 septembre 2005. Il a été entendu par la gestionnaire et la technicienne en réadaptation de l'AI le 9 septembre 2005. Il résulte de la note établie à cette occasion que l'assuré a paru "très amoindri, d'une maigreur presque préoccupante et d'une immense difficulté à s'exprimer. Il nous a fait part de son récent dégoût pour toute nourriture, de son extrême faiblesse et de son envie de reprendre tout de même une activité tout en concluant que reprendre son ancien métier de charpentier semblait totalement illusoire au vu de sa perte musculaire et pondérale".

   Par courrier du 26 septembre 2005, le Docteur A_____ a déclaré qu'il n'y avait aucune amélioration de l'état de son patient ni physique, ni psychique ni biologique, qu'il était amaigri, hypotrophique, avec une importante asthénie et néanmoins plein de bonne volonté.

6. Invité à se déterminer, le Docteur C_____ a rappelé que l'expertise du COMAI fournissait une évaluation pluridisciplinaire complète et neutre de l'état de santé de l'assuré, et qu'elle permettait de conclure que l'incapacité de travail de l'assuré découlait d'une toxicomanie primaire (alcoolisme) et n'incombait pas à l'AI en vertu de la circulaire CII 1013. Par décision du 21 novembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition.

7. L'assuré a interjeté recours le 26 décembre 2005 contre ladite décision sur opposition. Il allègue que son incapacité de gain résulte d'un nombre important de troubles de la santé et pas d'une quelconque toxicomanie.

8. Dans sa réponse du 26 janvier 2006, l'OCAI a rappelé les conclusions de l'expertise médicale interdisciplinaire, ainsi que les avis du SMR, et a conclu au rejet du recours.

9. Par courrier du 2 mars 2006, le Docteur A_____ a précisé que "l'alcoolisme de ce patient est secondaire à des douleurs généralisées articulaires et musculaires, ce qui est d'ailleurs très fréquent chez des patients atteints d'hépatite C. Il souffre en plus de démangeaisons généralisées, de sécheresse des yeux et de la bouche dans le cadre de cette dernière pathologie. (…) Son alcoolisme est un problème surajouté et même avant de commencer à boire de l'alcool, sa capacité était réduite voire inexistante. (…) Ce malade n'est plus apte à faire quoi que ce soit de positif même partiellement, et c'est peine perdue que de penser autrement".

10. L'assuré ne s'est pas présenté à l'audience de comparution personnelle prévue le 25 avril 2006. Son médecin traitant a en revanche pu être entendu en qualité de témoin le même jour. Celui-ci a ainsi déclaré :

    "je ne lui ai pas recommandé de consulter un psychiatre d'une part, parce qu'il ne le souhaitait pas et d'autre part, parce que j'entretiens avec lui de bonnes relations; un lien de confiance s'est installé. J'ai donc estimé que cela n'était pas nécessaire. Je confirme qu'il souffre d'une dépression que je qualifierais de moyenne. Je ne lui prescris cependant pas d'anti-dépresseurs.

    Je pense qu'il est trop simple d'affirmer comme le font les médecins du COMAI qu'il suffirait d'arrêter la consommation d'alcool et de drogues pour que *l'assuré* se retrouve dans un état de santé lui permettant de travailler (problèmes de malnutrition, hépatite C et anémie). Je considère quant à moi que mon patient ne pourra plus jamais travailler. Selon moi, la malnutrition est due à l'hépatite C et implique l'anémie ferriprive. L'alcool n'est pas du tout la principale cause. C'est de l'hépatite C que dérivent tous les problèmes physiques qu'il présente. *L'assuré* est quant à lui atteint d'une hépatite avancée avec un taux de virémie élevé. Une personne atteinte d'une hépatite de ce type-là ne peut travailler. Pour moi, la malnutrition est plutôt due au manque d'argent.

    Je n'ai pas pu lui donner un traitement de substitution de fer. Je l'ai essayé mais il ne l'a pas supporté. Le fer irrite l'estomac, surtout chez lui, du fait qu'il est atteint d'une hépatite C et qu'il consomme de l'alcool. On pourrait procéder par voie intraveineuse deux fois par semaine. Je l'ai envoyé dans ce but à la policlinique de médecine. Il a refusé d'y aller régulièrement, mais je dois reconnaître que je ne suis moi-même pas convaincu que ce soit une bonne chose dans son cas. Il se justifierait qu'il soit encadré, par exemple dans un établissement".

13. Sur quoi 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, 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.

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 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA), qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. 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 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

5. Est litigieux le point de savoir si l'assuré présente une invalidité justifiant l'octroi de prestations, plus particulièrement la prise en charge de mesures de réadaptation.

6. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   L'art. 4 LAI définit l'invalidité comme étant l'incapacité de gain qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident.

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 LAI, on doit mentionner, à part les maladies mentales proprement dites, les anomalies psychiques ayant valeur de maladie.

   On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; chez les psychopathes, notamment, la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. 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 déterminant 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 1977, p. 169; RCC 1984, p. 356 consid. 1b).

   Ainsi que l'a reconnu une jurisprudence constante, la toxicomanie ne constitue pas, en soi, une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'AI 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 ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 30, 2001 p. 223, 1996 p. 317; ATF 99 V 28, consid. 2; RCC 1973, p. 602; RCC 1984, p. 359, consid. 3. En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme - RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si :

   - elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité; ou

- elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013).

7. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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 trancher 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.

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

   Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'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.

   Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé.

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. Il résulte de la partie en fait qui précède que l'assuré est atteint de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacées et à l'abus d'alcool et d'un état dépressif moyen sans syndrome somatique. Il présente un état asthénique avec atrophie musculaire générale et souffre d'une anémie ferriprive et d'une hépatite C.

   Il convient d'établir si avant d'être toxicodépendant, l'assuré présentait déjà des anomalies psychiques équivalent à une maladie. C'est par la négative qu'il convient de répondre à cette question. Selon le rapport d'expertise de la Doctoresse B_____, la vie de l'assuré a certes été marquée par une souffrance psychique importante depuis son enfance, ce qui peut notamment expliquer pour quelle raison il a plongé durant l'adolescence déjà dans la consommation de drogues. Rien ne permet toutefois de conclure à l'existence de graves troubles pathologiques. Il n'y a ainsi pas lieu de considérer que l'origine de la toxicodépendance réside dans des troubles de la santé assimilables à une maladie. Le Docteur A_____ indiquait du reste que la toxicomanie était antérieure à l'atteinte à la santé.

9. On ne saurait par ailleurs dire que la consommation de drogues puis d'alcool a provoqué des troubles de la santé assimilables à une maladie. Certes l'assuré souffre-t-il d'anémie ferriprive, de malnutrition, d'une hépatite C et de dépression. Il n'a cependant pas été établi à satisfaction de droit que ces quatre atteintes aient été causées par la toxicodépendance. Les experts ont au surplus affirmé que celles-ci étaient réversibles ou, tout au moins, susceptibles d'être traitées.

10. Force est de constater qu'en l'espèce, il n'y a donc pas invalidité au sens des art. 4 LAI et 8 LPGA.

11. Reste à examiner si l'assuré est menacé d'une invalidité imminente et a droit par conséquent à des mesures de réadaptation professionnelle.

Selon la jurisprudence, l'invalidité est imminente seulement lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné ; cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'invalidité paraît inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore indécis (ATF 105 V 140, consid. 1a; RCC 1980, p. 315; ATF 96 V 76 = RCC 1970, p. 525).

Il est vrai que selon les pièces médicales figurant dans le dossier, l'assuré, apparemment débarrassé de sa toxicodépendance à l'héroïne depuis 1998, a cependant développé depuis une dépendance à l'alcool, et n'est pas à même de reprendre une activité lucrative en l'état. Selon le Docteur A_____, il est même utopique d'imaginer que son patient puisse retravailler un jour. L'hépatite C avancée dont celui-ci est atteint suffirait, à elle seule, à engendrer une incapacité de travail entière. Les experts du COMAI, en revanche, considèrent que le traitement de l'anémie et de l'hépatite C, lesquelles peuvent expliquer l'asthénie importante, est possible, et qui plus est, ajouté à une abstinence à l'alcool, améliorerait sensiblement l'état physique de l'assuré. Quant aux troubles psychiques, ils devraient également pouvoir être soignés efficacement par anxiolyse, psychothérapie et abstinence à l'alcool.

Sans vouloir nier le caractère bénéfique et la qualité du lien de confiance qui semble s'être instauré entre l'assuré et son médecin, le Tribunal de céans s'étonne à cet égard de ce qu'un traitement par substitution de fer n'ait pas été prescrit à l'assuré, - les explications du Docteur A_____ à cet égard sont restées floues - et de ce que ce médecin n'estime pas nécessaire que son patient consulte un médecin spécialisé en psychiatrie.

Or, les mesures de réadaptation de l'AI n'ont en principe - excepté dans l'application de l'art. 13 LAI - pas d'effet prophylactique étendu (RCC 1985 p. 226). Aussi souhaitable que puisse apparaître un soutien en l'occurrence, les mesures demandées ne représentent pas dans l'AI un objectif indépendant pour lequel des prestations prévues par la loi peuvent être accordées **(**RCC 1987 p. 467).

Le médecin traitant, à juste titre, a déclaré qu'un encadrement dans un établissement spécialisé, constituerait la solution adéquate. Aussi les mesures souhaitables dans le cas particulier reposent en réalité uniquement sur le besoin d'une thérapie et sur l'aspiration à une réhabilitation sociale. Elles ne représentent pas dans l'AI un objectif indépendant pour lequel des prestations prévues par la loi pourraient être accordées (VSI 1996, 317, 321, 323; RCC 1988 p. 467).

Force est dès lors de confirmer en l'état le refus de l'OCAI d'accorder à l'assuré des mesures de réadaptation.

Il sera loisible à l'assuré, une fois la question de sa dépendance à l'alcool réglée, le traitement de fer suivi et une psychothérapie assurée par un psychiatre, de s'annoncer une nouvelle fois à l'AI, s'il entend prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle à ce moment-là.

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. 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 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 le