

S1 13 176

JUGEMENT DU 25 JUIN 2014

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X_____, recourant, représenté par **A**_____

contre

Office cantonal AI du Valais, intimé

(refus de prestations ; toxicomanie et troubles psychiques)

Faits

A. X_____ est né le xxx 1966 en B_____. Il a effectué une formation de mécanicien dentiste puis d'infirmier professionnel. En 1989, il a épousé une ressortissante B_____, dont il a adopté la fille (née en 1990) et avec qui il a eu un second enfant (né en 1997). En 2000, le couple s'est séparé, sans divorcer. En 2002, X_____ est venu s'établir en Suisse. Il a alors rencontré une femme avec qui il a eu deux enfants, hors mariage (nés en 2002 et 2003), avant de se séparer en 2004.

Titulaire d'une patente de restauration, reconnue en Suisse, X_____ a ouvert une pizzeria et a travaillé comme restaurateur entre septembre 2002 et mai 2011. La faillite de sa pizzeria a été prononcée le 28 mars 2011 et a été clôturée le 26 septembre 2011.

B. Le 31 janvier 2012, le Centre médico-social régional de C_____ a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI), en indiquant que X_____ était en incapacité de travail totale depuis janvier 2012 en raison d'une dépression et de troubles anxieux.

Lors de l'entretien du 14 février 2012 avec le service de détection précoce de l'OAI, X_____ a expliqué consommer des drogues dures depuis vingt ans, présenter une dépression et des troubles anxieux depuis 2008, avoir déjà consulté à plusieurs reprises des médecins et psychologues en raison de ses problèmes de drogue, avoir été hospitalisé à D_____ ou à l'hôpital de C_____ en 2008 et 2010 pour des sevrages, avoir séjourné à D_____ pour dépression, durant trois mois en 2011, ainsi que durant un mois en janvier 2012.

C.a Le 14 février 2012, X_____ a rempli une demande de prestations AI pour adultes, en raison d'une dépression et de troubles anxieux existants depuis 2008, en indiquant être suivi par le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne, depuis 2002.

C.b Contacté le 16 février 2012, l'hôpital de D_____ a indiqué que l'assuré avait séjourné dans l'établissement du 23 novembre au 1^{er} décembre 2005, du 23 au 26 mai 2007, du 12 au 21 janvier 2011, du 13 avril au 20 mai 2011 et du 12 au 27 janvier 2012.

Selon le rapport de sortie du 21 décembre 2005, X_____ a été admis à D_____ sur un mode volontaire à la demande de la Dresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne, en raison d'une dépendance à l'alcool. Le document mentionne que le patient est connu pour des antécédents de toxicomanie à l'héroïne dont il s'est sevré en B_____ il y a plus de dix ans. Sur le plan psychiatrique, les médecins ont retenu un épisode dépressif de degré moyen sans symptômes somatiques (F32.10) et des troubles de la personnalité de type narcissique (F60.9). Le rapport du 20 juin 2007 fait état d'une hospitalisation demandée par la Dresse F_____ et la référente LVT, en vue d'un sevrage de la méthadone introduite après que l'assuré ait rechuté dans la consommation d'héroïne. Les diagnostics retenus sont des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous régime de maintenance ou de substitution sous surveillance (F11.22) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, syndrome de dépendance (F19.2). Le rapport du 11 février 2011 contient les mêmes diagnostics et précise que l'hospitalisation a eu lieu à la demande du Dr E_____ pour rechute alcoolique et péjoration de l'état dépressif avec idées suicidaires. X_____ a été hospitalisé une 4^e fois à D_____ pour les mêmes raisons. Dans leur rapport du 3 juin 2011, les médecins ont posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, syndrome de dépendance (F19.2) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Le 5^e séjour à D_____ a été motivé par un état dépressif avec idéations suicidaires. Selon le rapport du 20 février 2012, le patient présentait un trouble dépressif récurrent, d'épisode actuel moyen (F33.1).

Dans son rapport du 4 avril 2012 à l'intention de l'OAI, le Dr E_____ a signalé suivre X_____ depuis le 3 avril 2003 et indiqué que ce patient présentait des troubles psychiques importants, avec diverses décompensations durant les derniers douze mois, ceci en lien avec sa toxicomanie et également sa situation sociale et professionnelle. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 9 mars 2011 en raison de troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool et de troubles dépressifs récurrents.

X_____ a effectué un 6^e séjour à l'hôpital de D_____ du 20 au 21 mars 2012. Dans leur rapport du 20 avril 2012, les médecins indiquent que le patient a été admis en PLAFa (privation de liberté à des fins d'assistance) en raison d'une détresse avec

des idées suicidaires scénarisées. Les diagnostics principaux étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26).

Dans son rapport du 3 avril 2012, la Dresse G_____, médecin assistante au Centre de compétence en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué traiter le patient depuis le 15 juin 2011, à la demande de son médecin traitant, le Dr E_____, en raison de la péjoration d'un état dépressif. Elle a précisé que X_____ avait évoqué la présence de symptômes dépressifs depuis 2005, date de sa première hospitalisation à D_____. Elle a relevé une aggravation de l'état psychique depuis janvier 2012 et a retenu à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26). Elle a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis le 7 février 2012 et énuméré les restrictions suivantes : troubles de la concentration et de la mémoire, irritabilité, fatigue, manque de motivation, perte d'intérêt pour la vie, anxiété.

X_____ a séjourné une nouvelle fois à D_____ du 25 septembre au 22 octobre 2012, en raison d'idées suicidaires.

Le nouveau médecin traitant de l'assuré, le Dr A_____, médecin praticien FMH, médecine générale et homéopathie, a attesté suivre X_____ depuis le 25 septembre 2012 pour toxicomanie, troubles du comportement liés à cette toxicomanie et décompensation psychique depuis un an. Il a précisé que la toxicomanie était importante, la situation sociale précaire et la réinsertion professionnelle irréalisable. Il a ajouté que la nécessité première était de prendre en charge la toxicomanie (cf. rapport du 23 janvier 2013).

C.c Le 12 décembre 2012, une rencontre a eu lieu avec l'enquêteur économique de l'OAI. Dans son rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 21 décembre 2012, celui-ci a noté que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis son hospitalisation à D_____ le 12 janvier 2011, qu'il était déprimé malgré sa forte médication, qu'il lui arrivait de consommer épisodiquement de l'alcool mais plus de drogue, qu'à ce sujet, il était déjà un consommateur régulier de drogue lorsqu'il séjournait en B_____ et était ensuite passé par une longue période d'abstinence

complète jusqu'à son arrivée en Suisse où il avait replongé pour « se donner du courage ».

C.d Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'un avis médical interne psychiatrique était nécessaire, notamment pour déterminer si la toxicomanie était primaire ou secondaire. Après étude des rapports médicaux au dossier, le Dr H_____, spécialiste en psychiatrie, a conclu, dans son avis du 10 juin 2013, qu'il s'agissait d'un alcoolisme & toxicomanie primaire et que les manifestations dépressives étaient secondaires à la consommation d'alcool et de stupéfiants. De son point de vue, un sevrage alcoolique était exigible et la capacité de travail était entière dans toute activité autre que la restauration ou au contact potentiel avec des stupéfiants ou de l'alcool. Le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du SMR, s'est rallié à ce point de vue, le 26 juin 2013, et a conclu qu'il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail de longue durée puisque c'était la polytoxicomanie qui était responsable des atteintes psychiatriques relevées.

C.e Par projet de décision du 2 juillet 2013, l'OAI a informé X_____, qu'il entendait lui refuser tout droit à des prestations, au motif que l'incapacité à exercer une activité professionnelle avait comme seule origine la dépendance aux opiacés et à l'alcool.

En l'absence d'opposition de l'assuré, l'OAI a rendu sa décision définitive, le 12 septembre 2013.

D. Le 17 octobre 2013, X_____ a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr A_____. Il a relevé avoir déjà présenté des troubles psychiatriques dès 1993, avec consultations chez un psychologue à partir de 1996, et avoir pris des psychotropes entre 1996 et 2005. Il a prétendu que ces traitements n'avaient pas permis d'améliorer son état psychique, ce qui avait engendré en 2005 la toxicomanie, qui n'était donc que la conséquence de l'affection psychiatrique.

Le 21 février 2014, il a signalé avoir fait des recherches en B_____ pour démontrer qu'il avait bien été traité pour dépression avant toute prise de stupéfiants, mais que le médecin psychiatre qu'il avait consulté était décédé, sans que l'on puisse accéder à ses anciens dossiers, qu'il avait toutefois retrouvé dans les papiers restés dans la maison familiale un document prouvant la prescription d'un antidépresseur et anxiolytique en date du 20 mai 1988, ce qui constituait une preuve que « sa nature dépressive » était antérieure à toute prise de stupéfiant.

Les 25 février et 6 mai 2014, l'OAI a confirmé la pleine valeur probante du rapport final du SMR du 26 juin 2013. Il a rappelé que le certificat médical du 21 décembre 2005 de l'hôpital de D_____ indiquait que les troubles poly-toxicomaniaques étaient antérieurs à toute atteinte à la santé psychique et a observé que l'assuré avait affirmé avoir présenté les premiers troubles en 1993 et non en 1988, que le document n'avait manifestement jamais servi car si cela avait été le cas il aurait dû être en possession du médecin à qui il était destiné et que l'excellent état de conservation du document était surprenant. Il a également souligné que la dépression n'était pas forcément incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et que ce seul diagnostic était insuffisant pour apprécier la capacité de travail.

Prenant position le 20 mai 2014, le recourant a estimé que le fait qu'un médecin prescrive un traitement antidépresseur, que ce soit en 1993 ou avant, était une preuve d'un syndrome dépressif antérieur à la toxicomanie, que l'ordonnance ait été utilisée ou non. Quant à la véracité du document, il laissait le soin à la Cour d'en juger.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 17 octobre 2013, le recours de X_____ contre la décision du 12 septembre 2013 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et communiqué à l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 4 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 1 LPGA). On entend par incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa).

2.2 D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités ; voir également arrêts 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 et 9C_706/2012 du 1er juillet 2013 consid. 3.2).

2.3 En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage ; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (Thonney/Gammeter, Alcool : problèmes psychiatriques courants, « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004, 124, p. 415 ss ; Roland Gammeter, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002, 23, p. 562 ss ; Shivani/Goldsmith/Anthenelli, Alcoholism and psychiatric disorder : diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002, 26(2), p. 90 ss ; Christine Davidson, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999, 88, p. 1720).

2.4 On rappellera encore que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3 ; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2 ; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2 ; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3 ; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1 ; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b).

3. En l'espèce, avant son recours du 17 octobre 2013, X_____ n'a jamais mentionné avoir présenté des troubles psychiatriques antérieurement à ses problèmes d'addiction. Au contraire, lors du premier entretien avec l'OAI, le 14 février 2012, il a indiqué que sa toxicomanie existait depuis une vingtaine d'années et que ce problème ainsi que les difficultés professionnelles et familiales l'avaient conduit à une grosse dépression en 2008 (respectivement 2005 selon le premier rapport d'hospitalisation de D_____ du 21 décembre 2005). Dans son rapport du 23 janvier 2013, le Dr A_____ lui-même a mis au premier plan la toxicomanie importante, qu'il convenait, de son point de vue, de prendre en charge prioritairement avant d'envisager toute réinsertion professionnelle. Il a fait état de troubles du comportement liés à cette toxicomanie, avec une décompensation psychique récente. Ce n'est donc manifestement pas l'échec des traitements psychiatriques qui a entraîné la toxicomanie en 2005, comme X_____ l'a prétendu pour la première fois dans son recours, puisque cette problématique était déjà existante dans les années 1990. La Cour estime qu'il faut s'en tenir à ses premières explications et retenir que la toxicomanie est antérieure à l'état dépressif. D'ailleurs, comme l'ont noté les

Drs H_____ et I_____ du SMR, l'ensemble des rapports médicaux indiquent une primauté de la consommation de stupéfiants et d'alcool sur les manifestations dépressives. Le trouble dépressif récurrent formellement diagnostiqué depuis mai 2011 (cf. rapport de D_____ du 3 juin 2011 ; rapport du 3 avril 2012 de la Dresse G_____) est donc secondaire à la polytoxicomanie et s'est aggravé en raison de cette dernière.

S'agissant du document daté du 20 mai 1988, si son authenticité n'est pas remise en cause, il n'en demeure pas moins que le rédacteur de cette ordonnance n'a posé aucun diagnostic psychiatrique, n'a prescrit aucune incapacité de travail liée à une affection psychique et n'a préconisé aucun renouvellement du traitement ponctuel prescrit. En outre, si le recourant présentait déjà un état dépressif en 1988, celui-ci n'était manifestement pas incapacitant, en soi, puisque X_____ a pu suivre une formation de mécanicien dentiste puis d'infirmier, avant d'obtenir une patente de restaurateur, diplôme qu'il a pu mettre pleinement à profit entre 2002 et 2005, date de son premier séjour à D_____ motivé par un problème de dépendance à l'alcool.

En définitive, rien ne permet de conclure que l'état dépressif du recourant est à l'origine de sa polytoxicomanie. Partant, l'abstinence est exigible de sa part et sa capacité de travail est entière sur le plan psychiatrique dans toutes activités sans contact avec l'alcool et les stupéfiants. Il s'ensuit le rejet du recours.

4. Vu l'issue du litige, les frais de justice par 500 fr. sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance (art. 69 al. 1bis LAI).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X_____.

Sion, le 25 juin 2014