

## **GE\_GERICHTE A/4349/2006 vom 12. März 2007**

GE Cour de justice, 2007-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4349\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4349_2006)

FR: GE\_GERICHTE A/4349/2006 du 12 mars 2007

IT: GE\_GERICHTE A/4349/2006 del 12 marzo 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.03.2007  
A/4349/2006

A/4349/2006 ATAS/285/2007 du 12.03.2007 ( AI ) , ADMIS Recours TF déposé le 08.05.2007, rendu le 11.03.2008, ADMIS, 9C\_225/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4349/2006 ATAS/285/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 12 mars 2007 En la cause Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié , GENEVE, représenté par Monsieur FSIH - Fédération Suisse pour l' Intégration des Handicapés recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur M\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré) né le 1973, marié, de nationalité suisse, a bénéficié depuis le 1 er juillet 1993 d'une rente entière de l'assurance-invalidité, selon une décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) du 24 août 1998 avec indication d'une révision prévue en juin 2001. Antérieurement, comme enfant mineur, l'assuré, en raison de troubles de la personnalité, avait bénéficié de mesures de réadaptation de l'AI (prise en charge de frais d'écolage à l'école ALPINA d'août 1987 à juin 1990 sans obtenir le baccalauréat, puis au collège autogéré jusqu'en juin 1993). Du dossier médical de l'assuré antérieurement à la décision de l'OCAI du 24 août 1998, il ressort les constatations suivantes : Le 13 octobre 1987, le Dr D. A\_\_\_\_\_, chef d'équipe au service médico-pédagogique, a attesté de l'apparition à l'entrée à l'école de difficultés d'intégration : réactions d'isolement, passivité, discordance des comportements sociaux. Au niveau des apprentissages scolaires, on note une grande discontinuité des investissements cognitifs, une lenteur du fonctionnement proche de l'inhibition et un manque d'autonomie qui constituent autant d'entraves à sa progression scolaire malgré un bon potentiel intellectuel. Une prise en charge scolaire en secteur spécialisé s'est avérée nécessaire. On constate également une anxiété de fond qui s'extériorise par des épisodes d'excitations psychique, d'instabilité psychomotrice, des passages à l'acte. Ces manifestations connaissent une forte accentuation avec l'adolescence. Le 20 septembre 1989, le Dr A\_\_\_\_\_, a relevé qu'il était préférable que l'assuré continue sa scolarité à l'ALPINA étant donné la fragilité de sa personnalité, ses faibles capacités et la fluctuation de son efficacité scolaire. Le 5 août 1996, la division de réadaptation professionnelle propose après interrogation des médecins de la rue Verte, l'octroi d'une rente à 100 %. Le 8 avril 1997, le Dr B\_\_\_\_\_, chef de clinique des ("établissement hospitalier") atteste de la toxicomanie de l'assuré au cannabis, à l'alcool, à l'héroïne fumée, à la cocaïne et au LSD et du fait que l'enfance et la scolarité sont marquées par des difficultés familiales très précaires avec difficultés d'acquisitions scolaires le conduisant à être placé à l'école ALPINA de treize à seize ans. En juin 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision. Le 13 décembre 2004, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, a attesté qu'il avait vu une seule fois l'assuré le 10 juillet 2001, que

celui-ci était toxicomane à l'héroïne depuis l'âge de dix-huit ans et qu'il désirait partir à la fondation d'aide aux toxicomanes DIANOVA pour un séjour institutionnel de longue durée. L'OCAI a mandaté une expertise psychiatrique auprès du département de psychiatrie des "établissement hospitalier", laquelle a été rendue le 26 septembre 2005 par le Dr D\_\_\_\_\_, chef de clinique, notamment sur la base de trois consultations. L'expertise relève ce qui suit : L'assuré avait commencé une consommation d'héroïne sous forme de fumée à dix-sept ans puis sous forme intraveineuse à vingt-deux ans et avait été détenu à plusieurs reprises pour trafic de stupéfiants. En 1996, il s'était installé deux ans au Sénégal dans la famille de son beau-père où il était resté abstinente. En 2001, il avait séjourné quelques mois en Espagne dans un centre de désintoxication puis rechuté dans la consommation de drogue. Il n'avait pas de formation professionnelle et n'avait jamais travaillé. Il avait été suivi de 1978 à 1979 à la Guidance infantile puis au service médico-pédagogique en raison d'un problème de personnalité et d'un trouble du comportement. Il avait fait plusieurs tentatives de sevrage. Il ne parvenait pour l'instant pas à mettre un frein définitif aux consommations qui semblaient répondre au besoin d'apaiser les tensions internes. Sa dernière consommation sous forme injectée remontait à six mois. Il avait également consommé de la cocaïne dès l'âge de vingt-huit ans mais plus depuis trois ans, du cannabis dès l'âge de quinze ans, consommation encore chronique, faute de quoi l'assuré se sent sensible aux reproches, irritable et se renferme, à deux reprises des ecstasy, du LSD entre quinze et dix-sept ans et de l'alcool de manière quotidienne lorsqu'il avait quinze ans. Les plaintes principales et les difficultés majeures sont liées au manque de stabilité psychique avec difficultés à maîtriser le stress. Pour gérer les tensions internes, l'assuré a recours à la consommation d'héroïne, qui selon lui le calme et le détend. Souvent il se replie sur lui-même et s'enferme, ne supportant plus le contact avec autrui. Il se sent déprimé et sans énergie. Il dit alors être comme dans une "bulle"; il est présent physiquement, mais mentalement ailleurs. Il reste très sensible aux reproches et devient rapidement irritable. Il souffre également d'une forte anxiété en situation sociale. Il explique ainsi essayer de trouver un équilibre par la prise de drogue. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont : F 11.25 troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue. F 14.20 troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinente. F 12.24 troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue. F 41.1 anxiété généralisée. F 34.1 dysthymie à début précoce. Il souffre d'une dépendance à l'héroïne et au cannabis. Les diverses consommations de produits sont utilisées comme une automédication; elles répondent au besoin d'apaiser les tensions internes face au stress et de retrouver une certaine confiance en lui. Des épisodes de déprime apparaissent fréquemment sur fond de dysthymie. Enfin, l'assuré souffre d'une anxiété particulièrement marquée en situation sociale, qui rend les relations interpersonnelles difficiles et qui pourrait augmenter ses difficultés d'insertion dans le monde professionnel. Les voyages au Sénégal pourraient être compris comme un évitement d'affronter ces problèmes. Il aurait ainsi trouvé un certain équilibre et solutionné les difficultés rencontrées par des allers-retours entre la Suisse et l'Afrique. La dépendance à l'héroïne reste un problème majeur et n'est aujourd'hui pas encore maîtrisé. Même si des périodes d'abstinence sont constatées lorsqu'il se trouve au Sénégal, l'assuré après quelques temps à Genève rechute systématiquement. Une activité professionnelle semble actuellement difficilement envisageable. Les limites sont essentiellement psychiques et

sociales et restent actuellement importantes. Elles tiennent à la dépendance aux toxiques, et surtout à la consommation d'héroïne, associée aux troubles de l'humeur et à ses difficultés à gérer le stress. Le manque de confiance en lui, l'anxiété et les périodes de déprime favorisent la prise du produit. De plus, comme l'assuré n'a jamais travaillé ou intégré un milieu professionnel, l'adaptation à toute activité avec rendement ou exigence serait un stress énorme. L'assuré n'a jamais exercé d'activité professionnelle. Les limites psychiques décrites ci-dessus auraient une répercussion majeure si l'assuré devait travailler actuellement du fait des ruptures de continuité qu'elles entraîneraient. Elles rendraient l'assuré inapte à maintenir un horaire régulier, et par conséquent un engagement professionnel continu et durable. L'assuré est actuellement incapable d'exercer une activité professionnelle même à temps partiel. La difficulté majeure réside dans le manque de continuité de sa capacité de travail, qui est lié à son état psychique et aux consommations de drogues. Le degré d'incapacité de travail ne semble pas avoir changé et reste lié à son état psychique et à sa dépendance aux drogues. Il est difficilement envisageable que l'assuré puisse actuellement exercer une activité professionnelle, ce d'autant plus qu'il n'a jamais travaillé. Toutefois, si dans le futur, il était d'accord d'adhérer à des soins spécialisés dans la dépendance aux drogues, ainsi qu'un suivi psychologique, et pouvait présenter une abstinence durable, avec amélioration de son état psychique, une insertion professionnelle semblerait possible. Le 16 janvier 2006, le Service médical régional AI Suisse romande (ci-après : le SMR) a rendu un avis médical signé par la Dresse E\_\_\_\_\_ "médecin conseil SMR" et la Dresse F\_\_\_\_\_ "psychiatre FMH". Lors de l'octroi de la rente, il n'avait pas été examiné si la toxicomanie était primaire ou secondaire. L'expertise avait été examinée avec la Dresse F\_\_\_\_\_. Cet avis relève que l'histoire de la toxicomanie s'inscrit dans le cadre de troubles scolaires et d'essais de substances au début occasionnels, mais non d'une maladie psychiatrique invalidante préexistante. C'est pour cette raison, que cet assuré présente une toxicomanie primaire au sens de l'AI qui n'est pas invalidante. D'ailleurs, dans le dossier initial, il ressort de manière évidente que la toxicomanie empêchait l'assuré de suivre une formation professionnelle, raison pour laquelle l'assuré et sa mère demandaient une rente durant deux ans afin que l'assuré puisse se sortir de la toxicomanie. Or, la décision d'octroi est erronée, puisqu'il s'agissait d'une toxicomanie primaire mais que cette notion n'a pas été évaluée à l'époque. Pour preuve, lorsque l'assuré se trouve en-dehors du milieu de sa toxicomanie habituelle et qu'il est au Sénégal, il arrive à fonctionner tout à fait de manière adéquate et à rester abstinent. En ce qui concerne l'anxiété généralisée, les diagnostics posés lors de l'expertise n'étaient pas retenus puisqu'il est mentionné dans le status clinique que l'assuré au début est plutôt anxieux, mais lentement, il s'est détendu, pouvant alors s'exprimer de manière plus spontanée et fluide. Le contexte de l'expertise permet d'expliquer un premier abord anxieux mais ne permet pas de retenir un diagnostic d'anxiété généralisée selon la CIM-10. Dans les plaintes de l'assuré, celui-ci souffre d'une forte anxiété en situation sociale, ce qui ne correspond pas à la définition de l'anxiété généralisée, raison pour laquelle ce diagnostic n'était pas retenu. En ce qui concerne la dysthymie à début précoce, aucune notion anamnétique ne permet de poser ce diagnostic puisque les difficultés scolaires ne sont pas liées à une dysthymie précoce mais sont en lien avec une difficulté socio-familiale puis à la prise de toxiques. Or, dans les plaintes de l'assuré, nous pouvons lire qu'il se sent déprimé, sans énergie, et ce fait est lié à la toxicomanie qui est bien connue pour entraîner des troubles de l'humeur. Or, l'assuré en période d'abstinence, ne montre pas ces symptômes liés à une éventuelle dysthymie. Nous pouvons donc retenir que la dysthymie est secondaire à la consommation de toxiques. La

décision de l'octroi d'une rente était ainsi parfaitement erronée et l'on ne pouvait suivre les conclusions de l'expertise psychiatrique car l'incapacité de travail était liée à des problèmes de toxicomanie primaire sans lesquels l'assuré pourrait retrouver une activité lucrative. Par décision du 19 mai 2006, l'OCAI a supprimé la rente AI de l'assuré en se référant à l'avis médical du SMR. Le 19 juin 2006, l'assuré, représenté par la Fédération Suisse pour l'Intégration des Handicapés (FSIH), a fait opposition à cette décision en relevant que l'OCAI ne pouvait justifier une reconsidération par une nouvelle appréciation. Il avait d'ailleurs souffert de graves troubles psychiques avant de débiter sa consommation de drogue. Les troubles diagnostiqués dans l'expertise étaient les mêmes que ceux qui avaient motivé l'octroi d'une rente entière en 1998. Une révision n'était donc pas non plus possible. Le 13 novembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition en relevant que la décision du 24 août 1998 était indubitablement incorrecte puisqu'aucun rapport médical n'avait pu être obtenu, l'assuré n'était plus suivi depuis mai 1996, et aucun avis psychiatrique n'avait été sollicité, ni avis du médecin-conseil. Le dossier était médicalement incomplet. Or, un examen attentif du dossier, en relation avec l'histoire de l'assuré, permettait de nier que la toxicomanie était la conséquence d'une atteinte à la santé mentale de nature pathologique préexistante et cela malgré l'existence de difficultés dans l'enfance et le diagnostic posé à cette époque de trouble de la personnalité. Enfin, la toxicomanie n'avait pas provoqué non plus d'atteinte à la santé invalidante. Le 21 novembre 2006, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision du 13 novembre 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation. Il avait dès l'enfance présenté de graves troubles de la personnalité justifiant des mesures de formation scolaire spéciale AI. La décision n'avait rien de manifestement erroné puisque la toxicomanie était la conséquence de graves troubles du comportement présents depuis l'enfance. En outre, on ne pouvait mettre sur le même pied une expertise du service de psychiatrie des "établissements hospitaliers" avec une note de deux pages des médecins de l'AI. Le 28 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Le 2 janvier 2007, le Tribunal de céans a versé au dossier un courrier du 15 novembre 2006 du Service de la santé publique vaudois selon lequel, d'une part, la Dresse F\_\_\_\_\_ ne pouvait s'intituler spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie et, d'autre part, les certificats médicaux établis par celle-ci sans autorisation de pratiquer étaient juridiquement sans valeur. Était jointe une autorisation de pratiquer la médecine à titre dépendant délivrée à Mme F\_\_\_\_\_ le 24 novembre 2006. Le 2 janvier 2007, le Tribunal de céans a posé des questions complémentaires au Dr G\_\_\_\_\_, lequel y a répondu le 24 janvier 2007. Il relève que la dépendance de l'assuré résulte de la dysthymie à début précoce. L'assuré a présenté des difficultés de concentration, de la peine à s'intégrer au groupe de ses pairs, se décrivant comme renfermé et solitaire. Il a ainsi présenté des difficultés d'acquisition scolaires et des troubles du comportement sociaux pouvant résulter d'une baisse chronique de l'humeur et ceci dans le contexte de difficultés socio-familiales. Les diverses consommations de produits comme l'alcool, le cannabis et l'héroïne, débutées entre 15 et 17 ans ont pu être utilisées comme une automédication. Elles ont pu répondre au besoin d'apaiser les tensions internes face au stress et de retrouver une certaine confiance en lui. La dépendance à l'héroïne reste un problème majeur et n'est aujourd'hui pas encore maîtrisée. Toutefois, si dans le futur l'assuré était d'accord d'adhérer à des soins spécialisés dans la dépendance aux drogues, ainsi qu'un suivi psychologique et pouvait présenter une abstinence durable, avec amélioration de son état psychique, une insertion professionnelle semblerait possible. Le 8 février 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le 19 février 2007, l'OCAI a confirmé son appréciation en se fondant sur un avis médical du SMR

du 13 février 2007. Celui-ci relève que les personnes atteintes d'une dysthymie restaient habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. La dysthymie n'était pas une atteinte à la santé invalidante. La baisse chronique de l'humeur, les difficultés d'acquisition scolaires et les troubles du comportement sociaux n'entraient pas dans le cadre d'un trouble psychique invalidant. L'expert n'affirmait pas que la consommation de toxique était secondaire. Si la toxicomanie était arrêtée, des mesures d'insertion professionnelle étaient envisageables, ce qui faisait penser que la toxicomanie était bien primaire. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. Conformément à l'art. 56 V al. 1<sup>er</sup> 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était en droit de reconsidérer sa décision d'octroi de rente du 24 août 1998. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). A noter que la révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA (ATFA publié partiellement du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.3). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir

d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.2). 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294 , précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). 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). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'espèce, l'expertise ordonnée par l'intimé répond aux critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Selon les conclusions de cette expertise, ainsi que son complément du 24 janvier 2007, la toxicomanie du recourant résulte d'une atteinte à la santé de celui-ci et constitue une maladie invalidante. A cet égard, l'expert a expliqué que la dysthymie et les troubles du comportement, notamment durant l'enfance, étaient à l'origine de la prise de toxiques, laquelle était utilisée comme automédication (apaisement des tensions internes face au stress, anxiété, manque de confiance, périodes de déprime). Le recourant présentait une fragilité aux facteurs de stress psychosociaux. L'intimé émet un certain nombre de critiques à l'encontre de cette expertise. Toutefois, le présent litige est limité à la question du caractère manifestement erroné de la décision de rente du 24 août 1998. A cet égard, les pièces médicales au dossier antérieurement à cette décision, soit les avis médicaux des Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ ainsi que les conclusions de la division de réadaptation professionnelle attestent d'importantes difficultés d'intégration scolaire ainsi que de troubles du comportement, d'une anxiété de fond et d'une fragilité de la personnalité du recourant antérieurement à la prise de toxiques. Or, les conclusions de l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2005 vont dans le même sens en estimant que la dépendance résulte d'une maladie antérieure à la prise de toxiques. Il n'y a ainsi pas lieu de conclure au caractère manifestement erroné de la décision du 24 août 1998 admettant le caractère invalidant de la toxicomanie du recourant. Pour cette raison, le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 13 novembre 2006 annulée. Une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant

à charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ) A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision sur opposition de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 13 novembre 2006. Condamne l'Office cantonal de l'assurance-invalidité à payer au recourant une indemnité de 1'500 fr. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.