

VS_GERICHTE S1 13 176 vom 25. Juni 2014

VS Kantonsgericht, 2014-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 13 176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_13_176)

FR: VS_GERICHTE S1 13 176 du 25 juin 2014

IT: VS_GERICHTE S1 13 176 del 25 giugno 2014

Regeste

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)

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 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

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

E. 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).

E. 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.

- 8 - 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 (Thoney/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).

E. 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).

E. 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

- 9 - 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.

E. 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

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