

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1880/2009

ATAS/16/2010

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 12 janvier 2010

En la cause

Madame R_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection recourante
de domicile en l'étude de Maître Marc LIRONI

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE Intimé
GENÈVE, sis 97, rue de Lyon, GENÈVE

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1967, Madame R_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) a exercé diverses activités, en qualité de secrétaire et de commise administrative principalement, avant de se trouver en incapacité totale de travailler dès le mois de mai 2002 pour une durée indéterminée.
2. Le 29 juin 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations, sous forme d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession, à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé). Elle faisait état d'une dépression consécutive à un harcèlement moral subi sur le lieu de travail, présente depuis mai 2002. Pour le surplus, elle disait souffrir de dépression et d'anxiété depuis 1998 et de troubles psychiques depuis 2004.
3. Du rapport médical qu'il a établi le 9 août 2004, il ressort que le docteur A_____, interniste, a diagnostiqué un probable trouble schizotypique (F21 selon la Classification internationale des maladie [CIM-10]), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hypnotiques et de sédatifs, utilisation continue (F13.25). Hormis les troubles liés à des substances psychoactives, il n'y avait cependant pas de diagnostic de certitude. En conclusion, l'assurée était en incapacité totale de travailler en qualité de secrétaire depuis le 1^{er} mai 2004, sa capacité de travail pouvant être portée à 50% moyennant sevrages d'alcool et de benzodiazépines.
4. Pour sa part, le docteur B_____, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un syndrome anxio-dépressif important avec troubles comportementaux, présents depuis 2000, dans un rapport établi le 13 octobre 2004. Totalement incapable d'exercer l'activité de secrétaire depuis le 15 mars précédent, l'assurée voyait son état de santé s'aggraver, et sa capacité de travail ne pouvait être améliorée ni par des mesures médicales ni par des mesures professionnelles.
5. Selon le rapport médical que le docteur C_____ a établi le 3 mai 2005, l'assurée était en rupture de suivi médical depuis le mois de décembre précédent. Son status comprenait alors collaboration moyenne, thymie légèrement triste, état de tension interne avec irritabilité, déni de dépendances, discours accéléré, circonstancié, difficilement « cadrable » et rumination par rapport à sa situation sociale. Pour le surplus, elle était soumise au traitement prescrit par le docteur B_____, qui comprenait Fluctine 20mg 3 cp/j, Xanax retard 3 x 2 mg/j et Xanax 0.5 mg x 3 en réserve.
6. Suite à un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a mandaté le docteur D_____, psychiatre et psychothérapeute, aux fins de dresser un rapport d'expertise.

7. Convoquée au cabinet de cette praticienne le 21 mars 2007, l'assurée ne s'y est pas présentée. La veille, à 14h00, elle avait laissé un message vocal précisant qu'elle était hospitalisée à la Clinique de Belmont et qu'aucun référent ne pouvait l'accompagner. Renseignements pris par le docteur D _____, l'assurée s'y trouvait en hôpital de jour et elle avait l'autorisation de s'absenter, notamment pour l'expertise. Contactée par téléphone, elle avait confirmé ne pas pouvoir se présenter dès lors qu'elle ne disposait pas d'un véhicule et que son assistant social était en vacances. Elle avait ensuite refusé la possibilité de faire le trajet en train parce qu'elle n'avait pas les moyens financiers et ignorait où se trouvait le cabinet.
8. Par lettre du 28 mars 2007, l'OAI a sommé l'assurée de prendre contact sans délai avec le docteur D _____ pour permettre la réalisation de l'expertise, et l'a informée des conséquences d'un refus de se conformer à l'obligation de collaborer.
9. Convoquée le 28 novembre 2007 par le docteur D _____, l'assurée ne s'est pas présentée. L'assistant social qui devait l'accompagner a exposé que l'assurée n'était pas venue au rendez-vous qu'il lui avait fixé et qu'il n'était pas parvenu à la joindre sur son téléphone mobile. La praticienne a résilié son mandat d'expertise.
10. Selon le rapport qu'il a établi le 21 janvier 2008 à la demande de l'assurée, le docteur E _____, psychiatre et psychothérapeute, a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques (F31.5), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.25) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.25). Le praticien faisait en outre état de ce qui suit.

Il était consulté par l'assurée depuis le 26 juillet 2007 pour des affections psychiatriques. Sa patiente disait souffrir de troubles du sommeil, de fatigue morale et physique, de stress, d'angoisse, de tristesse, d'un manque d'envie de faire les tâches quotidiennes et d'un manque de concentration.

Il avait constaté des épisodes dépressifs alternant avec des épisodes d'hypomanie avec logorrhée, une fuite des idées, un état émotionnel agréable avec euphorie, un besoin de sommeil diminué et une activité psychomotrice accélérée au-delà du niveau habituel de la patiente. Celle-ci présentait aussi une humeur instable, une estime de soi exagérée et des délires de type persécutoire. Alors en phase dépressive sévère, l'assurée présentait les symptômes suivants : humeur déprimée, perte d'intérêt ou de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, altération de la capacité à penser et à se concentrer, sentiment de désespoir, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles et pessimisme au sujet du futur.

Pour le surplus, l'assurée était suivie d'une manière régulière pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux (Rivotril, Citaloprin et Topamax). Jusqu'alors, elle n'avait pas montré une évolution favorable. Totalement incapable de travailler, son pronostic n'était pas bon.

11. Le 26 février 2008, l'OAI a communiqué un projet de décision de refus de prestations à l'assurée, au motif que les arguments que celle-ci avait avancés pour justifier son absence au deuxième rendez-vous convenu avec l'experte n'étaient pas suffisants et que, partant, les éléments médicaux nécessaires à l'examen de la demande faisaient défaut.
12. L'assurée s'est opposée à ce projet par lettre du 4 mars 2008. Elle faisait notamment valoir que son état de santé l'empêchait de se déplacer seule et que les nombreux médicaments qu'elle prenait au quotidien lui faisaient souvent perdre la notion du temps. Pour cette raison, elle réitérait son souhait de collaborer à l'instruction de sa demande et requérait, pour la dernière fois, une nouvelle convocation.
13. Par décision du 27 mars 2008, l'OAI a nié le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité.
14. Par lettre du 21 avril 2008 adressée à l'OAI, le docteur E_____ a notamment exposé que l'état psychique de sa patiente était très perturbé et qu'elle était habituellement incapable de poursuivre ses activités sociales, ce qui expliquait qu'elle ne s'était pas présentée aux deux rendez-vous. En outre, l'assurée présentait un tel handicap psychique qu'une expertise psychiatrique ne servirait à rien.
15. Par lettre du 23 avril 2008 adressée à l'OAI, l'assurée a déclaré son désaccord avec la décision du 27 mars précédent. Le 5 mai suivant, l'OAI a transmis ce document au Tribunal de céans, comme objet de sa compétence. Le recours a été enregistré sous le numéro de cause A/1650/2008.
16. Invité à répondre au recours, l'OAI a, par lettre du 10 juin 2008, déclaré qu'au vu de la particularité du dossier et de l'importance de procéder à une expertise psychiatrique, il sollicitait qu'une instruction complémentaire soit ordonnée sous cette forme.
17. Le 8 juillet 2008, suite à la comparution personnelle des parties, le Tribunal a, d'accord entre elles, rendu un arrêt par lequel il donnait acte à l'OAI de son engagement à confier une expertise psychiatrique de la recourante au docteur Panayotis F_____ et, en tant que de besoin, annulait la décision litigieuse.
18. Dans un rapport d'expertise établi le 25 novembre 2008, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment exposé ce qui suit.

Au cours de l'examen clinique, les plaintes de l'assurée étaient abondantes et exprimées avec agressivité, pêle-mêle, souvent incompréhensibles ou contradictoires. Cette diatribe représentait, en fait, le désarroi et la détresse de l'assurée de se trouver dans une situation sociale, financière et médicale désastreuse qui confinait à la « désafférentation » (solitude morbide et effets de la solitude).

L'expertisée faisait état, sans émotion et sans intérêt, des « troubles psychiques », de dépression, d'anxiété et de phobie sociale, d'abus d'alcool, de sédatifs ou d'hypnotiques, ou encore du « trouble affectif bipolaire » dont ses médecins avaient parlé. Son attention était constamment captée par ses préoccupations asséurologiques, développées autour de ses difficultés à obtenir une rente d'invalidité. À aucun moment elle n'avait pensé, en dehors de sa demande de sevrage de substances, à solliciter des traitements pour améliorer son état de santé, considérant qu'il était trop tard.

Au terme de sept heures d'entretiens avec l'assurée et d'une étude approfondie du dossier mis à sa disposition, le docteur F_____ a exposé que l'évaluation n'avait pas permis de mettre en évidence un quelconque trouble mental susceptible d'expliquer les plaintes de l'expertisée, excepté les troubles liés à l'utilisation de substances, soit l'alcool et les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. La présence des troubles signalés dans les différents rapports médicaux figurant au dossier, soit l'état anxio-dépressif, le trouble dépressif majeur récurrent, le trouble bipolaire, l'anxiété généralisée, le trouble panique sans agoraphobie, la phobie sociale, le trouble de l'adaptation, la probable pathologie psychotique ou la psychose, ainsi que la personnalité schizotypique, n'avaient pas pu être confirmés en tant qu'entités diagnostiques autonomes. En particulier, il ne se justifiait pas de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent puisque la recourante affirmait souffrir de dépression ininterrompue depuis dix ans, suite à des actes de harcèlement moral sur son lieu de travail.

Il était en revanche fort probable que l'assurée ait souffert d'un trouble psychotique, avec idées délirantes ou avec hallucinations, d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux et d'un trouble du sommeil induits par l'utilisation abondante de substances. Ces troubles induits avaient cependant connu une amélioration progressive depuis juin 2007, après une quatrième cure de sevrage, et l'amélioration se poursuivrait tant qu'il y aurait abstinence.

En conclusion, il était regrettable que l'assurée ait progressivement développé un sentiment d'injustice associé à des exigences de réparation des dommages subis du fait de ses maladies ; les différents diagnostics proposés par ses médecins traitants, bien que souvent non concurrents, avaient d'ailleurs favorisé la certitude de souffrir de « maladies invalidantes ». Depuis sa demande d'orientation professionnelle et de reclassement puis de rente à l'assurance-invalidité, l'expertisée ne pensait plus qu'à cela, et elle ne se souciait pas de ses troubles ni de leur guérison. Pour le surplus, il était évident que la reprise du travail après un arrêt de presque dix années était très difficile, mais une orientation professionnelle et le reclassement dans une nouvelle profession devaient être tentés.

19. Au vu du rapport précité, le docteur G_____, du SMR, a, dans un rapport établi le 3 décembre 2008, notamment exposé qu'en l'absence d'un diagnostic psychiatri-

que, l'assurée présentait objectivement un alcoolisme primaire qui n'était pas à prendre en charge par l'assurance-invalidité.

20. Par décision du 27 avril 2009, notifiée le 6 mai suivant, l'OAI a rejeté la demande de prestations, motif pris de l'absence d'une maladie invalidante.
21. Par mémoire de recours adressé au Tribunal de céans le 29 mai 2009 et complété le 5 juin suivant, l'assurée a conclu à l'annulation de ladite décision. À titre préalable, elle requérait divers actes d'instruction, parmi lesquels l'audition des docteurs F_____ et E_____, ainsi qu'une seconde expertise psychiatrique. Elle concluait en outre, avec suite de dépens, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à partir du 29 juin 2004.

À l'appui de ses conclusions, la recourante faisait notamment valoir que le rapport d'expertise établi par le docteur F_____, en tant qu'il était en contradiction manifeste avec les rapports médicaux établis par tous les autres médecins consultés, était dépourvu de valeur probante.

D'autre part, les diagnostics posés par quatre médecins, dont un psychiatre, montraient clairement l'existence d'atteintes à sa santé psychique. C'était donc à tort que le docteur F_____ affirmait qu'elle ne souffrait pas de telles atteintes, excepté les troubles liés à l'utilisation d'alcool, de sédatifs ou d'hypnotiques.

Pour le surplus, et compte tenu du caractère décisif de la question de savoir si son alcoolisme était primaire ou secondaire à une maladie invalidante, l'avis du docteur E_____ sur ce point devait être recueilli. En tout état, il convenait déjà d'admettre que ses dépendances résultaient bien d'une telle maladie.

22. Par lettre du 9 juillet 2009, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours. En substance, il faisait valoir que l'expert contesté par la recourante avait tenu compte de l'anamnèse, du passé médical, des plaintes et de l'examen clinique de celle-ci, qu'il avait discuté les diagnostics de manière détaillée et que ses conclusions étaient dûment motivées. Il y avait donc lieu de reconnaître pleine valeur probante à son rapport.

D'autre part, dans la mesure où il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique excepté les troubles liés à l'utilisation de substances et où ces troubles s'amélioreraient en cas d'abstinence, il était manifeste que la recourante présentait un cas de dépendance qui ne relevait pas de l'assurance-invalidité.

23. Par lettres expédiées le 16 juillet 2009, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.

24. Par lettre du 21 juillet 2009, la recourante a sollicité une nouvelle fois la comparution personnelle des parties et l'audition des docteurs F _____ et E _____. L'instruction de la cause a été reprise.

25. À l'audience de comparution personnelle des parties du 15 septembre 2009, la recourante a notamment déclaré qu'à l'occasion de l'examen d'expertise, le docteur F _____ ne l'avait pas considérée *a priori* comme malade ; par ailleurs, contrairement au précédent expert, il ne lui avait pas demandé de venir sans avoir pris ses médicaments. Durant l'entretien, l'expert lui avait parlé de lui-même et de ses chiens, il lui avait demandé à plusieurs reprises si elle le trouvait élégant, et il lui avait défendu de bouger. Pour le surplus, au cours d'une conversation téléphonique avec le docteur E _____, il avait dit : « Je ne sais pas si votre patiente est capable de travailler ».

Sur question, la recourante a en outre déclaré qu'elle souhaitait une réinsertion professionnelle depuis quatre ans. Toutefois, elle était toujours en traitement et n'avait plus de domicile, de sorte que la réinsertion paraissait difficile en l'état.

L'OAI a pour sa part déclaré que, dès lors que l'expert avait retenu une pleine capacité de travail, aucune mesure de réinsertion professionnelle ne pouvait être proposée à la recourante.

Au terme de l'audience, un délai a été accordé à celle-ci pour étudier la possibilité d'un engagement de sa part à faire un sevrage en vue de bénéficier de mesures d'aide au placement.

26. Par lettres des 29 septembre et 12 octobre 2009, la recourante a décliné l'invitation précitée, déclaré persister dans l'entier de ses conclusions et sollicité, en tant que de besoin, la réalisation d'une contre-expertise et l'audition du docteur H _____.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a produit deux avis, l'un émanant du docteur E _____ le 21 septembre 2009 et l'autre du docteur H _____, spécialiste en médecine interne consulté le 7 octobre suivant.

De l'avis du docteur E _____, il ressort notamment que, selon ses dires, la recourante n'était pas du tout prête à entreprendre un sevrage, et elle gardait un mauvais souvenir d'une précédente tentative qu'elle n'était pas parvenue à mener à bien. De plus, l'affection psychiatrique principale qui l'empêchait de travailler ne se limitait pas à un problème de dépendance, même s'il était difficile de déterminer précisément l'affection dont elle souffrait. Partant, même dans l'hypothèse du succès d'un sevrage, sa capacité de travail resterait inchangée puisque sa maladie mentale et le trouble de sa personnalité avaient pour conséquence un retrait social. Ainsi, dans l'état psychique actuel de la recourante, une psychothérapie et une thérapie médicamenteuse étaient toujours indispensables.

De l'avis du docteur H_____, il ressort notamment que, dans le cadre de ses activités de médecin consultant, il avait été amené à rencontrer la recourante en novembre 2003. À l'époque, l'entrée de celle-ci dans une structure spécialisée avait été refusée parce qu'elle n'aurait pu tirer aucun profit d'un stage professionnel, sa situation psychique n'étant absolument pas stabilisée. Son comportement, caractérisé par une fuite des idées, une dispersion importante, un discours incohérent et une agitation motrice aurait nécessité une prise en charge institutionnelle avant toute démarche professionnelle. S'agissant de commenter les derniers documents versés à la procédure, il était surprenant que, face à une patiente présentant une forme aussi évidemment pathologique de la relation, le docteur F_____ soit parvenu à la conclusion qu'il n'existait aucune pathologie psychiatrique significative. Il était fort possible que la recourante n'entrât pas strictement dans le cadre nosologique théorique des divers diagnostics évoqués, mais il paraissait pour le moins que son comportement, son attitude, son discours et ses plaintes n'étaient pas celles d'une personne en pleine santé mentale ; elle exprimait, peut-être maladroitement, de manière désorganisée et confuse, mais clairement, une souffrance psychique et des plaintes physiques pour lesquelles elle cherchait une aide et un soutien depuis des années ; cette souffrance clairement exprimée ne paraissait pas jouée, factice, de même qu'elle avait paru suffisamment authentique aux divers médecins qui l'avaient suivie.

S'agissant de l'aspect toxicomaniaque relevé par le docteur F_____, il fallait remarquer l'absence de signes cliniques d'abus d'alcool chez la recourante, qui reconnaissait tout à fait avoir eu des consommations excessives et pathologiques par le passé mais niait consommer régulièrement de l'alcool depuis deux ans au moins. En outre, la patiente était tout à fait crédible quand elle affirmait ne pas consommer de produits illégaux.

D'autre part, la recourante reconnaissait tout à fait spontanément suivre un traitement régulier chez son psychiatre et prendre du Rivotril (3 x 2 mg/j), du Citalopram (3 x 20 mg/j) et du Topamax (3 x 100 mg/j) exclusivement. Dans le dosage prescrit, le Citalopram, un antidépresseur non addictif, permettait de contrôler l'état dépressif sous-jacent et les attaques de panique ; le Topamax, un antiépileptique non addictif, était prescrit comme stabilisateur de l'humeur, entre autres dans les troubles bipolaires. En revanche, le Rivotril, un tranquillisant de longue durée d'action, était connu pour engendrer une pharmacodépendance dont il était difficile de se débarrasser. Au cours des années, la recourante avait certainement développé une grande tolérance à ce type de substances, qui ne devait plus être très efficace chez elle mais dont le sevrage brutal pourrait entraîner des conséquences visibles en augmentant son anxiété et son agitation et en provoquant, le cas échéant, des crises épileptiques. Un sevrage, s'il avait lieu, devrait donc être conduit avec beaucoup de prudence et de patience. Cela étant, il paraissait très difficile d'admettre que les troubles du comportement et les plaintes multiples présentés par la recourante fussent uniquement le résultat d'un abus médicamenteux.

En conclusion, une prise en charge de longue haleine, multidisciplinaire, sans doute institutionnelle et systémique semblait être le seul moyen d'apporter une aide à cette patiente, et les démarches consistant à nier sa pathologie et à lui faire sentir qu'elle affabulait, mentait et cherchait à tirer consciemment profit de sa situation sociale paraissaient dépourvues de sens thérapeutique et seulement susceptibles d'aggraver une situation déjà lourdement compromise après des années d'évolution. Il paraissait dès lors vain et illusoire de vouloir imposer un sevrage abrupt comme condition d'une prise en charge ultérieure. Il était certes possible que le tableau clinique se modifiât partiellement après un sevrage, mais il n'était pas possible d'affirmer que cette modification serait favorable et permettrait la reprise d'activités professionnelles et d'une vie sociale équilibrée. La révélation d'une pathologie sous-jacente était tout aussi susceptible de se produire. Un processus thérapeutique imposé, mis en œuvre sous la contrainte ou en milieu fermé pour plus de sécurité, avait toutes les chances d'être un échec suivi d'une rechute.

27. Invité à se déterminer, l'OAI a, par lettre du 4 novembre 2009, confirmé ses conclusions au motif qu'à la lecture de l'avis circonstancié rendu par le SMR le 22 octobre précédent, il n'existait pas d'élément nouveau susceptible de remettre en cause son appréciation.

L'argumentation du SMR sera reprise plus avant dans la mesure utile.

28. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 18 novembre 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 29 mai 2009 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente entière d'invalidité depuis le 29 juin 2004.

5. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, il est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a).

En l'espèce, il est apparu d'emblée que le présent litige porte moins sur les faits que sur l'appréciation juridique de leurs conséquences. Soumis au principe de célérité et considérant, au vu notamment du rapport d'expertise établi le 25 novembre 2008 par le docteur F_____, psychiatre, et des commentaires circonstanciés rapportés par les docteurs E_____ et H_____, que des enquêtes supplémentaires seraient impropres à compléter les éléments mis à sa disposition par les parties, le Tribunal de céans a renoncé aux auditions sollicitées, et gardé la cause à juger à réception de la détermination de l'intimé au sujet desdits commentaires.

6. Cela étant, sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

En l'espèce, force est de constater que seul le rapport d'expertise dressé le 25 novembre 2008 par le docteur F_____ remplit les exigences applicables en la matière pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il se fonde sur un examen approfondi de l'ensemble du dossier médical et, comme le relève le docteur H_____, sur un examen détaillé des diverses propositions théoriques et diagnostiques évoquées jusque là. L'expert a en outre fondé son appréciation sur une riche anamnèse familiale et personnelle, et les plaintes exprimées par la recourante ont

été prises en compte. En outre, ses conclusions sont dûment motivées, et la motivation est exempte de contradictions.

En revanche, les rapports établis par les docteurs E_____ et H_____ n'offrent manifestement pas les mêmes garanties formelles, de sorte qu'il convient de ne leur attribuer qu'une moindre valeur probante. Il sied en outre de préciser qu'en sa qualité de psychiatre traitant, compte doit encore être tenu de la relation de confiance particulière qui lie le docteur E_____ à la recourante. Pour le surplus, le temps écoulé depuis que les avis des docteurs A_____, B_____ et C_____ ont été établis en a largement émuissé la pertinence actuelle, de sorte que, dans leurs domaines respectifs, ces avis doivent se voir reconnaître une valeur probante limitée dans le temps.

7. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007).

Au sens du droit des assurances sociales, l'invalidité est donc 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).

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie 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 atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, 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).

Dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), le Tribunal fédéral a 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 invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, 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 294 consid. 5a *in fine* ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que, d'après la jurisprudence constante rendue avant le 1^{er} janvier 2008 (voir aussi la nouvelle teneur de l'art. 7 LAI), on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). En outre, la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA).

En l'espèce, il s'impose de retenir que la recourante n'est pas parvenue à rendre vraisemblable le caractère invalidant, au sens des dispositions légales rappelées plus haut, de ses troubles psychiques. Il n'est évidemment pas question ici de mettre en doute les affirmations de la recourante quand elle fait état des conséquences désastreuses pour elle des actes de harcèlement moral dont elle a pu être victime dans l'exercice de son activité professionnelle. Il n'est pas davantage question de mettre en doute sa sincérité quand elle déclare se sentir à jamais incapable de travailler après de si nombreuses années passées hors de tout environnement professionnel. Mais force est de constater que, même au cours de la présente procédure, la recourante n'a fait que confirmer les propos de l'expert F_____ quand celui-ci expose qu'elle a progressivement développé un sentiment d'injustice et focalisé son attention sur l'obtention de prestations d'assurance plutôt que sur les troubles dont elle se plaint et sur leur guérison.

Il apparaît en effet que, bien que différents spécialistes se soient penchés sur ces troubles, aucun des diagnostics évoqués, soit l'état anxio-dépressif, le trouble dé-

pressif majeur récurrent, le trouble bipolaire, l'anxiété généralisée, le trouble panique sans agoraphobie, la phobie sociale, le trouble de l'adaptation, la probable pathologie psychotique et la personnalité schizotypique n'a pu être confirmé, les facteurs psychosociaux imprégnant l'anamnèse recueillie de manière essentielle.

Il apparaît en outre que les cures de sevrage d'alcool tentées ont porté leurs fruits dès 2007, si bien que les troubles induits par l'abus de cette substance s'amendent peu à peu depuis lors, le pronostic étant favorable tant qu'il y aura abstinence. Pour ce qui est de l'abus et d'une probable dépendance à certains médicaments, qui ont vraisemblablement des conséquences fâcheuses pour l'équilibre psychique de la recourante, le nécessaire sevrage présente certes les difficultés importantes exposées par le docteur H_____, mais on peine à comprendre ce qui en empêcherait la tentative, dans l'optique d'une orientation professionnelle et d'un reclassement que préconise le rapport d'expertise.

En tout état, force est de constater que la recourante n'est pas parvenue, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales, à montrer qu'elle a, de son propre chef, entrepris tout ce qui peut être raisonnablement attendu de sa part pour atténuer les conséquences de son invalidité.

En conséquence, c'est à bon droit que l'OAI a nié son droit au versement d'une rente d'invalidité.

8. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Pour ce motif également, il ne lui sera pas octroyé de dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) ; 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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