

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2524/2016

ATAS/197/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mars 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à BERNEX

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est née le _____ 1973 au Brésil. Dès l'âge de 8 ans, elle a été victime d'attouchements sexuels infligés par des connaissances de sa mère. De 10 à 14 ans, l'assurée a vécu chez une tante, toujours au Brésil, où elle aurait également subi des attouchements de la part d'un ami de sa mère.
2. L'assurée est arrivée en Suisse 1989, où elle a, dans un premier temps, été domiciliée chez son oncle.
3. Lorsqu'elle était âgée d'environ 17 ans, un ami lui aurait proposé de prendre de l'héroïne, ce qu'elle a fait. Alors qu'elle était sous l'emprise de cette drogue, un ami de sa mère a abusé d'elle en 1998. Elle a accouché d'un fils, B_____, né le _____ 1999, après plusieurs mois de déni de grossesse.
4. Depuis de nombreuses années, l'assurée est en couple avec une femme originaire de Cuba, sans activité lucrative, également prise en charge par l'hospice général, souffrant d'une dépression.
5. Le 26 novembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison des atteintes suivantes : toxicomanie, dépression et problèmes psychologiques.
6. A la demande de l'OAI, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport le 24 décembre 2008, dans lequel il a évoqué le diagnostic de polytoxicomanie depuis de nombreuses années. L'assurée avait souffert d'une dépendance à l'héroïne, substituée par la méthadone. Le pronostic était défavorable. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 9 octobre 2006 et ce pour une durée indéterminée, étant précisé que les limitations fonctionnelles concernaient essentiellement les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance.
7. Le 29 juin 2009, les docteurs D_____ et E_____, médecins auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont examiné l'assurée dans le cadre d'un examen psychiatrique. Dans leur rapport du 9 juillet 2009, les médecins précités n'ont retenu que des diagnostics sans effets sur la capacité de travail, à savoir des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, l'assurée suivant toutefois un régime de substitution (F11.22), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue (F13.25) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F14.26). En l'absence de toute pathologie psychiatrique, l'assurée avait débuté une polytoxicomanie primaire dès l'âge de 17 ans environ. Cette toxicomanie primaire n'était pas en elle-même la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité et elle n'était pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, telle qu'une lésion cérébrale organique ou neurologique ou

encore une altération organique de la personnalité sur le plan affectif. Les difficultés socioprofessionnelles rencontrées par l'assurée étaient réactionnelles à la polytoxicomanie précitée, toujours active. En effet, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. L'assurée souffrait donc d'une polytoxicomanie primaire, sans comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant, de sorte que la capacité de travail exigible était de 100%.

8. Le 16 juillet 2009, le docteur F_____, médecin auprès du SMR, a résumé le rapport d'examen du 9 juillet 2009 et a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité.
9. Par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 26 novembre 2008, faute d'incapacité de travail.
10. Le 28 janvier 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'un état de stress post-traumatique, étant précisé qu'elle était sous traitement de méthadone.
11. Par projet de décision du 17 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle entendait refuser d'entrer en matière, aucun fait nouveau n'ayant été apporté.
12. Le 1^{er} avril 2015, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport daté du 26 mars 2015, dont il ressort que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, avec l'apparition d'un syndrome de stress post-traumatique. Par le passé, l'assurée avait tenté plusieurs mesures de réinsertion, sans succès au vu de ses difficultés à se rendre sur place quotidiennement et à maintenir une présence sur le lieu de travail compte tenu de ses difficultés réactionnelles avec les hommes. Elle pouvait présenter des troubles du comportement l'amenant à ne pas respecter le cadre demandé par ses supérieurs. Au cours des dernières années, elle avait déployé toute son énergie à accompagner son fils handicapé dans le parcours scolaire (école spécialisée) et elle avait soutenu sa compagne qui souffrait d'une grave maladie chronique, la conduisant notamment à toutes les consultations spécialisées aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Elle avait dû maintenir son traitement de méthadone pour pallier l'ampleur de ses émotions et éviter de consommer d'autres substances. Le fils de l'assurée était scolarisé en milieu spécialisé depuis douze ans et demi. Au domicile, l'enfant ne pouvait se concentrer. La grandeur de l'appartement contraignait l'assurée à vivre dans une promiscuité qui ne l'aidait pas à dormir dans des conditions convenables. Elle était empreinte de terreur, de réviviscence des traumatismes de viols dont elle avait été victime dans son enfance. Sur le plan psychique, elle souffrait de symptômes anxieux et dépressifs plus sévères que ceux qui étaient retrouvés dans un trouble anxieux et dépressif mixte. La tristesse s'était accentuée

depuis août 2014 et l'humeur était fluctuante depuis mi-octobre 2014. L'assurée présentait tous les handicaps d'un trouble de personnalité borderline sans antécédents de gestes auto-agressifs.

13. Dans son rapport complémentaire du 13 mai 2015, la Dresse G_____ a encore évoqué diverses difficultés, relationnelles, par rapport au projet d'entretiens (notamment d'embauche), face à des démarches administratives, s'agissant des contacts avec des employeurs. Entre 2000 et 2002, elle avait tenté une réinsertion professionnelle en qualité d'employée non qualifiée, au cours de laquelle des problèmes avec le supérieur hiérarchique et les collègues masculins étaient survenus. L'état de stress post-traumatique avait ainsi été réactivé avec des souvenirs d'abus sexuels. Les diagnostics retenus étaient notamment ceux de phobie sociale, antécédents d'état de stress post-traumatique et labilité thymique. La gestion de la vie quotidienne était difficile. L'assurée présentait des difficultés à clarifier les demandes de tiers et était empruntée dans les tâches à effectuer sans être coachée. L'exercice d'une activité professionnelle était ainsi exclu pour le moment.
14. Le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu, dans un rapport du 11 avril 2015 mais reçu par l'OAI le 15 mai 2015, les diagnostics de toxicomanie non-active (actuellement substitué par la méthadone), syndrome de stress post-traumatique et très probable trouble de la personnalité (avec répercussion sur la capacité de travail), d'obésité et de lombalgies (sans effet sur la capacité de travail). Le traitement de méthadone avait été progressivement diminué compte tenu d'une lente amélioration de son état psychique. L'assurée gagnait progressivement en autonomie. Cela étant, une fragilité émotionnelle subsistait. Suite à une longue insistance, l'assurée avait accepté de débiter un suivi auprès de la Dresse G_____, ce qui avait entraîné un important bénéfice. Sa capacité de travail était cependant nulle depuis avril 2012, en raison de l'importance de la perturbation psychique, l'assurée ayant notamment une grande difficulté à gérer correctement les activités de la vie quotidienne et à respecter des horaires.
15. Les rapports des médecins de l'assurée ont été soumis au SMR, qui a considéré, dans un avis du 18 décembre 2015, sous la plume de la doctoresse I_____, qu'aucune aggravation de l'état de santé n'avait été rendue plausible.
16. Par projet de décision du 19 janvier 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande, faute d'éléments rendant plausible une aggravation de son état de santé.
17. Les 25 janvier et 10 février 2016, l'assurée a marqué son opposition avec le projet de décision.
18. Le Dr H_____ en a fait de même par courrier du 11 février 2016, précisant lors d'un entretien téléphonique du 24 février 2016, qu'il avait dû insister longtemps auprès de l'assurée pour que celle-ci accepte un suivi psychiatrique. Tant la

Dresse G_____ que lui-même retenaient que l'assurée avait un grave trouble de la personnalité et qu'elle n'arrivait pas à fonctionner, ne venant pas aux rendez-vous médicaux et ne gérant pas son administratif. Sa capacité de travail était dès lors nulle.

19. Le 1^{er} mars 2016, la Dresse G_____ a également contesté les termes du projet de décision de l'OAI, confirmant l'aggravation de l'état psychique de l'assurée depuis l'été 2014. De par son trouble de la personnalité, l'assurée pouvait être sujette à des réactions imprévisibles, lesquelles avaient entraîné, à plusieurs reprises, des licenciements ou des échecs professionnels. Elle avait dû être soutenue dans la préparation des entretiens avec les enseignants de son enfant ainsi que dans ses démarches administratives, notamment sous la forme d'une préparation à des entretiens téléphoniques et de présentation auprès des régies immobilières pour demander un logement. Elle avait également dû être suivie en raison d'un état de stress post-traumatique et d'une atteinte à sa personne (LAVI). Au vu de tout le soutien nécessaire depuis 2014, la psychiatre précitée était d'avis qu'il n'était pas possible pour l'assurée de se présenter à un entretien d'embauche et encore moins de prendre une activité face à une clientèle.

En annexe figurait une attestation de la fondation Phoenix, datée du 16 février 2016, dont il ressort que l'assurée avait été suivie dans le cadre d'une dépendance aux opiacés. Dans ce contexte, elle avait bénéficié d'une cure de substitution à la méthadone entre le 31 janvier 1996 et le 25 novembre 2004 et avait été suivie, en parallèle, par Madame J_____, psychologue désormais à la retraite.

20. Dans un avis du 19 avril 2016, le docteur K_____, médecin auprès du SMR, a considéré que les médecins de l'assurée n'avaient fourni aucun élément nouveau objectif permettant de s'écarter des précédentes conclusions.
21. Par décision du 20 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet du 25 février 2013 (*recte* 19 janvier 2016) et a rejeté la demande de prestations.
22. Par courrier du 11 mai 2016, reçu par l'OAI le 20 juin 2016, l'assurée a informé l'office précité d'un changement d'adresse.
23. Elle s'est également renseignée, par courrier du 13 janvier 2016, reçu par l'OAI le 23 juin 2016, sur les suites que l'office précité entendait donner aux courriers de ses médecins traitants, décrivant en outre certains aspects de son passé et de son état de santé.
24. Le 27 juin 2016, l'OAI a transmis à l'assurée une copie de sa décision du 20 avril 2016 et lui a indiqué que le délai pour transmettre ses observations était échu. Elle disposait en revanche de la possibilité de recourir auprès de la chambre de céans dans un délai de 30 jours.
25. Par courrier du 23 juillet 2016, l'assurée (ci-après : la recourante) a recouru contre la décision du 20 avril 2016, auprès de l'OAI et de la chambre de céans, et a décrit sa situation personnelle.

-
26. Le 25 août 2016, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport de la Dresse G_____ daté du 19 août 2016, dont il ressort que son état de santé s'était aggravé. Un suivi psychiatrique restait indispensable afin d'éviter une péjoration des symptômes. Le médecin précité évoquait notamment un syndrome de stress post-traumatique sur réactivation de précédents syndromes de ce type, des troubles du comportement en tant que comorbidité ainsi qu'une phobie sociale. En raison du trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31), la recourante ne pouvait faire les nuances. La vision dichotomique pouvait engendrer des troubles d'impulsivité, d'hostilité et être la source d'échecs dans le maintien d'un poste de travail. Depuis plusieurs années, les symptômes anxieux et dépressifs prédominaient mais il ne s'agissait pas d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) au vu de la sévérité des symptômes. Pour poser ses diagnostics, la Dresse G_____ avait procédé à des entretiens semi-structurés des troubles de stress extrême et s'était fondée sur plusieurs tests (autoévaluation au vécu d'état de stress post-traumatique, questionnaire des antécédents traumatiques, échelle des expériences dissociatives et inventaire des « Altered Self-Capacity »).
27. Le 25 août 2016 également, la Dresse G_____ a adressé à la chambre de céans une copie de son rapport du même jour, dont il ressort qu'elle venait de recevoir les archives des professionnels de la santé ayant suivi la recourante en raison de sa dépendance et de son grave trouble de la personnalité. Les documents établis depuis 1995 évoquaient une personne fragile, vulnérable au moindre stress, handicapée dans la vie courante, sans activité professionnelle. Elle avait été suivie par plusieurs intervenants médicaux et socio-professionnels, notamment sur les plans administratif, social, familial et scolaire. Selon le dossier de l'hospice général, qui suivait la recourante depuis 1995, aucune activité professionnelle n'était envisageable, même dans ses ateliers et structures. La recourante n'était pas en mesure de pouvoir bénéficier des mesures auprès des établissements professionnels pour l'intégration (EPI) ou Caritas. Alors qu'elle était incarcérée à la maison d'arrêt de Riant-Parc, la recourante avait été victime, en 1998, de violences verbales et physiques, raison pour laquelle elle avait demandé son transfert à la prison de Champ-Dollon. Les symptômes d'un état de stress post-traumatique étaient alors apparus. En 1999, la recourante avait fait un déni de grossesse jusqu'au dernier trimestre. Après l'accouchement, son état psychique (état de stress post-traumatique, déni de grossesse, troubles du comportement et état dépressif sévère ne pouvant être traité pendant la grossesse et l'allaitement) était resté préoccupant pendant plus d'un an. L'hospice général avait alors suggéré à la recourante de déposer une demande de prestations d'invalidité, n'étant pas en mesure d'être admise dans les structures usuelles de réinsertion. L'assurée donnait l'impression qu'elle pouvait entamer d'elle-même les démarches mais cela s'était avéré impossible et ce malgré plus de 10 ans de soutien et de suivi. Pour toutes ces raisons, la Dresse G_____ considérait que l'assurée n'était plus en mesure de travailler.
-

-
28. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu par courrier du 29 août 2016 et a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée pour le surplus, tout en relevant le caractère primaire des dépendances dont souffrait la recourante.
 29. Par ordonnance du 10 novembre 2016, la chambre de céans a mandaté la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise.
 30. À teneur du rapport de la Dresse L_____, non daté mais reçu par la chambre de céans le 23 juin 2017, les diagnostics étaient ceux d'état de stress post-traumatique, chronique (F43.1), personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31), trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, sous substitution et sous surveillance médicale (F11.22), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation continue (F12.25), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinente (F14.20) et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue (F13.25). Des limitations fonctionnelles étaient dues à l'état de stress post-traumatique, au trouble dépressif récurrent et à l'utilisation d'opiacés sous substitution. La polytoxicomanie était secondaire à la personnalité émotionnellement labile et à l'état de stress post-traumatique, qui devait être qualifié de comorbidité psychiatrique, empêchant la reprise d'une activité lucrative. En raison de l'état de stress post-traumatique, du trouble dépressif récurrent et de la prise concomitante d'opiacés et d'alcool, la capacité de travail de la recourante était nulle depuis octobre 2006, l'évolution étant stationnaire. Cela étant, depuis l'examen du SMR du 9 juillet 2009, l'état de santé de la recourante s'était aggravé.
 31. L'expertise de la Dresse L_____ a été soumise à l'OAI (ci-après : l'intimé) qui a fait part de ses observations par courrier du 25 juillet 2017. Se fondant sur un avis du SMR daté du 14 juillet 2017, joint, l'intimé a considéré que les diagnostics n'avaient pas été posés *lege artis*. Par ailleurs, la Dresse L_____ semblait retenir une aggravation seulement à compter de son expertise. Pour tous les motifs invoqués, l'intimé contestait la valeur probante du rapport d'expertise judiciaire et considérait que celui-ci devait être écarté.
 32. Les conclusions de l'OAI et de son SMR ont été soumis à la Dresse L_____, laquelle s'est prononcée dans un complément daté du 11 janvier 2018, dans lequel elle a précisé les raisons qui avaient motivé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline. Elle s'est également prononcée sur le diagnostic de trouble dépressif récurrent.
 33. Le complément a été soumis à l'OAI qui s'est prononcé par écriture du 12 février 2018. Se fondant sur un avis du SMR du 31 janvier 2018, l'intimé a persisté à

contester la validité des diagnostics retenus par la Dresse L_____ et plus particulièrement ceux d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent. L'OAI a également persisté à considérer que la dépendance à l'utilisation d'opiacés était primaire.

34. Quant à la recourante, elle s'est prononcée, dans un courrier manuscrit, le 3 mars 2018.
35. En raison d'une modification, en date du 30 novembre 2017, de la jurisprudence applicable aux troubles psychiques, la chambre de céans a posé des questions complémentaires à la Dresse L_____. Dans un courrier du 22 juin 2018, le médecin précité a ainsi détaillé les motifs pour lesquels elle avait retenu les diagnostics d'ores et déjà évoqués. Pour chaque diagnostic, l'experte a en outre précisé les limitations fonctionnelles. Elle s'est également prononcée sur la compliance, qu'elle a qualifiée de variable, la recourante ne venant pas régulièrement aux rendez-vous. Les traitements acceptables et connus avaient toutefois été tentés. Par ailleurs, tous les domaines de la vie de la recourante étaient atteints, de manière uniforme, le niveau d'activité sociale étant en outre au plus bas. La Dresse L_____ s'est également prononcée sur l'existence d'un trouble de la personnalité et ses répercussions fonctionnelles (conscience du soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation). Enfin, l'experte a évoqué la capacité de travail et la diminution de rendement afférentes à chaque diagnostic.
36. Ce complément a également été soumis à l'OAI qui s'est prononcé par courrier du 31 juillet 2018. Se référant à un avis de son SMR daté du 30 juillet 2018, l'intimé a persisté à contester la valeur probante de l'expertise de la Dresse L_____. Selon son SMR, les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de troubles de la personnalité émotionnellement labile et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, ne pouvaient être retenus. Quant à la toxicomanie, elle était primaire et pouvait entraîner des symptômes anxio-dépressifs. Enfin, après examen des indicateurs jurisprudentiels, le SMR était d'avis que les atteintes retenues n'étaient pas incapacitantes. En effet, au vu de la mauvaise compliance, on ne pouvait retenir un échec ou une résistance au traitement. Par ailleurs, le réseau familial et amical de la recourante lui procurait des ressources mobilisables. En dernier lieu, les limitations n'étaient pas uniformes dans toutes les manifestations de la vie.
37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte ainsi sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante formulée le 28 janvier 2015. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre le 21 septembre 2009 (rejet de la précédente demande de prestations) et le 20 avril 2016 (rejet de la nouvelle demande de prestations).
5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).
- b. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la

décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

6. a. 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. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b. Les atteintes à la santé mentale ou psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Par atteinte à la santé mentale ou psychique au sens juridique de l'expression, il faut entendre toute perturbation des facultés intellectuelles et affectives qui entravent d'une manière permanente ou pour assez longtemps la capacité de gain ou de travail de l'assuré (VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n° 8 ad Art, 4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

c. A 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 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 124 V 265 consid. 3c ; pour des exemples, voir l'arrêt du Tribunal fédéral I 360/06 du 6 septembre 2006 consid. 2.1). Pour évaluer si cette condition

est réalisée, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). Sous l'angle 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

d. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

8. a. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et

3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

b. Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133

consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b/aa. Le juge ne s'écarte 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 surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles psychiques. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de

travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

b/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

b/cc. 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

c. 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 294 consid. 5a in fine).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. a/aa. En l'espèce, par décision du 21 septembre 2009, l'intimé a rejeté la première demande de prestations de la recourante. Cette décision était notamment fondée sur un rapport établi par le SMR le 29 juin 2009, dans lequel les Dresses D_____ et E_____ n'avaient retenu que des dépendances, primaires selon elles, n'entraînant pas d'incapacité de travail (méthadone, cannabis, sédatifs ou hypnotiques et cocaïne épisodiquement).

a/bb. Le 28 janvier 2015, la recourante a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI en raison, notamment, d'un état de stress post-traumatique. Par décision du 20 avril 2016, l'intimé a rejeté la demande précitée. Dans le cadre de la procédure de recours, la chambre de céans a mandaté la Dresse L_____ pour expertise. Le médecin précité s'est prononcé, dans un complément du 11 janvier 2018, sur les critiques que le SMR a formulées à l'encontre de son rapport d'expertise initial reçu par la chambre de céans le 23 juin 2017. Suite à l'ATF 141 V 281, la chambre de céans a posé des questions complémentaires à la Dresse L_____, questions auxquelles cette dernière a répondu le 22 juin 2018.

b/aa. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise reçu le 23 juin 2017 ainsi que de ses compléments des 11 janvier et 22 juin 2018.

S'agissant du rapport d'expertise et de ses compléments, ils remplissent sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. L'expertise du mois de juin 2017 contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Le complément du 11 janvier 2018 précise certains points du rapport de juin 2017 compte tenu des critiques du SMR. Enfin, celui du

22 juin 2018 répond aux questions complémentaires de la chambre de céans suite au changement de jurisprudence. En tout état, les conclusions de la Dresse L_____, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

b/bb. Sur le fond, la Dresse L_____ a retenu :

- les diagnostics d'état de stress post-traumatique, chronique (F43.1) et trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), lesquels entraînent chacun une incapacité totale de travailler ;
- le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31) et de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent (F14.20), lesquels n'entraînent aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante ;
- les diagnostics liées aux diverses dépendances : alcool (utilisation continue - F10.25), opiacés (sous substitution et sous surveillance médicale - F11.22), cannabis (utilisation continue - F12.25), et sédatifs ou d'hypnotiques (utilisations continue - F13.25). Selon la Dresse L_____, ces dépendances sont toutes secondaires à l'état de stress post-traumatique et à la personnalité émotionnellement labile. Prises isolément, elles ne sont toutefois pas incapacitantes mais, associées entre elles, elles peuvent renforcer les troubles mnésiques ou de la concentration, lesquels constituent des limitations fonctionnelles du trouble dépressif.

Pour l'experte précitée, la capacité de travail est nulle, à tout le moins depuis octobre 2006.

12. L'OAI conteste tout d'abord la qualification des diverses dépendances qui doivent être considérées, selon lui, comme primaires.

Certes, dans son rapport du 29 juin 2009, le SMR a qualifié les dépendances de primaires, considérant que c'était sur incitation et non pas en vue du traitement d'un trouble psychique que la première prise avait eu lieu. Sur cette base, l'OAI a rejeté la première demande de prestations sans que cela ne soit contesté par la recourante. La chambre de céans ne saurait ainsi, dans le cadre de la présente procédure, revoir la qualification des dépendances pour la période antérieure à 2009 (voir dans ce sens l'ATAS/1105/2012 du 10 septembre 2012 consid. 9, confirmé par le Tribunal fédéral dans son arrêt 9C_832/2012 du 20 juin 2013).

Cela étant, cette situation n'est pas immuable et la question d'une modification des circonstances permettant de reconsidérer la qualification des dépendances peut se poser.

Or, force est de constater que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis 2009 avec notamment la décompensation de son état de stress post-traumatique et de son trouble dépressif récurrent. Au vu de ces nouveaux éléments, la Dresse L_____ a considéré que la recourante consommait désormais de l'alcool,

du cannabis et des opiacés ainsi que des sédatifs et hypnotiques à but anxiolytique, pour calmer ses angoisses, ce qui n'était pas rare dans de tels cas. En d'autres termes, ces dépendances étaient secondaires, essentiellement à l'état de stress post-traumatique qui s'est aggravé postérieurement à la première décision de l'OAI. Dans de telles circonstances, rien ne s'oppose à ce que les dépendances soient désormais qualifiées de secondaires.

Toutefois, prises isolément, ces dépendances ne sont pas incapacitantes (complément du 22 juin 2018 p. 11). Elles renforcent certaines limitations fonctionnelles : troubles de la concentration, troubles mnésiques, retrait de la vie active, baisse de la combativité. La recourante est en réalité entrée dans une sorte de cercle vicieux : son état de stress post-traumatique l'entraîne voire la maintient dans la dépendance à plusieurs substances toxiques, lesdites dépendances aggravant certaines limitations fonctionnelles consécutives à ses atteintes psychiques.

Par conséquent, ces dépendances ne doivent pas être prises en considération en tant que telles mais en lien avec les atteintes psychiques dont souffre la recourante.

13. L'intimé considère en outre que les diagnostics posés par la Dresse L_____ ne l'ont pas été *lege artis* et que, dans tous les cas, les indicateurs de la grille d'évaluation ne permettent pas de retenir des atteintes invalidantes.

A titre liminaire, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise de juin 2017 a été rendu antérieurement aux ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418, dans lesquels le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière de troubles psychiques. Cela étant, par courrier du 26 avril 2018, la chambre de céans a sollicité des précisions à la lumière des indicateurs prévus par la grille d'évaluation normative et structurée précitée et la Dresse L_____ a complété son expertise le 22 juin 2018 en conséquence.

Par ailleurs, même si l'expertise de la Dresse L_____ ne suit pas la structure prévue par l'ATF 141 V 281, cela ne suffit pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés par l'OAI, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner si l'expertise de la Dresse L_____ et ses compléments - le cas échéant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants de la grille d'évaluation suivante :

a. Expression des éléments pertinents pour les diagnostics et des symptômes :

A titre liminaire, il y a lieu de préciser que les atteintes retenues par la Dresse L_____ entraînent les limitations fonctionnelles suivantes. L'état de stress post-traumatique a pour conséquence des troubles du sommeil, un état d'hypervigilance clinique malgré une grande fatigabilité, des manœuvres d'évitement, la recourante ne pouvant pas rester en présence d'hommes et ne sortant presque jamais seule. Quant au trouble dépressif, il entraîne une baisse de

l'élan vital, des troubles de la concentration, des troubles mnésiques, une baisse de l'estime de soi, de la tristesse, des pleurs, du pessimisme et des idées noires.

Avec le premier indicateur, il convient de s'assurer que les limitations fonctionnelles sont bien dues aux atteintes retenues et non à des facteurs non assurés, comme le prétend l'OAI, pour qui il s'agit plutôt d'une « longue et inexorable descente aux enfers psychosociale de l'assurée », qui n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Sans remettre en question les plaintes, l'intimé a toutefois contesté les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère et de trouble de la personnalité de type borderline.

Concrètement, l'OAI a tout d'abord estimé que dans la mesure où la Dresse L_____ ne faisait pas état d'une réviviscence répétée de l'épisode, de souvenirs envahissants, de cauchemars et qu'elle avait posé ce diagnostic plus de six mois après la survenue du traumatisme, la recourante souffrait plutôt d'un trouble anxieux.

Force est toutefois de constater que la Dresse L_____ fait remonter le diagnostic d'état de stress post-traumatique à l'adolescence, de sorte que le délai de latence n'est plus aussi important. Vu les circonstances (assurée abusée par des connaissances de sa mère, gérante d'une maison close, domicile au Brésil, années 80, ...), il n'est pas étonnant qu'aucun médecin n'ait examiné la recourante et pu poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique antérieurement à son séjour en Suisse. Au demeurant, par le passé, la recourante avait déjà été suivie pour un état de stress post-traumatique « et une atteinte à sa personne (LAVI) » (courrier de la Dresse G_____ du 1^{er} mars 2016) et l'état de stress post-traumatique s'était déjà décompensé en 1995 (rapport du 25 août 2016). Il ne s'agit dès lors pas d'un diagnostic posé, pour la première fois, en 2017.

S'agissant des plaintes, la Dresse L_____ a précisé, dans ses compléments, les symptômes présentés par la recourante, permettant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ruminations diurnes des agressions, peur de s'endormir et de faire des cauchemars liés aux agressions, manœuvres d'évitement des situations associées aux agressions sexuelles, à savoir côtoyer des hommes, hypervigilance, détresse). Par conséquent, les critiques de l'OAI tombent à faux.

En tout état, au vu des plaintes de la recourante et des constatations des médecins, l'état de stress post-traumatique s'est à l'évidence aggravé entre 2009 et 2017. En effet, en 2009, l'assurée avait encore une vie sociale, au contraire de ce qui était le cas en 2017, la recourante étant alors cloîtrée chez elle, renonçant à sortir, de peur de se faire agresser. Elle présentait en outre une forte réactivité même en présence de son médecin traitant, le Dr H_____ (voir complément du 22 juin 2018).

L'intimé a également remis en question le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère en l'absence d'idées noires ou suicidaires, de détresse majeure,

de syndrome somatique, d'agitation ou de prostration). Pour l'intimé, il s'agissait plutôt d'un trouble dépressif d'intensité moyenne.

Force est toutefois de constater que, contrairement aux affirmations du SMR, le rapport d'expertise et ses compléments évoquent un état de détresse, la perte d'estime de soi, des idées de dévalorisation, un sentiment de culpabilité, des idées de mort de façon intermittente, une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir et une augmentation de la fatigabilité. On retrouve là les trois critères majeurs ainsi que cinq des critères mineurs, ce qui porte bien le nombre de critères à huit, conformément à la CIM-10 (dépression sévère). Au demeurant, la perte de libido, mentionnée à plusieurs reprises dans l'expertise, constitue un des symptômes somatiques évoqués par la CIM-10 (voir F32). Quant à la prostration, elle a également été citée par la Dresse L_____ dans son expertise.

En réalité, en retenant d'autres diagnostics (trouble anxieux au lieu d'un état de stress post-traumatique ; trouble dépressif d'intensité moyenne au lieu de sévère), le SMR procède à une appréciation différente, ce qui ne suffit pas pour remettre en question les diagnostics posés par la Dresse L_____.

L'expertise et ses compléments ont donc établi à satisfaction de droit que les symptômes de l'état de stress post-traumatique et du trouble dépressif récurrent retrouvés chez la recourante entraînaient une importante limitation des activités de la recourante, étant précisé que ni la Dresse L_____ ni le SMR n'ont retenu que la recourante aurait exagéré ses symptômes.

b. Succès du traitement et de la réadaptation :

En deuxième lieu, il faut examiner l'évolution des résultats des thérapies, dès lors que cela constitue un indicateur important du degré de gravité.

La recourante suit une thérapie comportementale et cognitive (TCC) auprès de la Dresse G_____. Toutefois, en raison de ses troubles et notamment de la perte d'élan vital ainsi que des conduites d'évitement des hommes, la compliance est variable, la recourante ne se présentant pas régulièrement à ses rendez-vous. La recourante suit également un traitement médicamenteux, notamment à base de flucétine dont le dosage est toutefois remis en question par le SMR qui le trouve insuffisant par rapport à ce qui est prescrit dans des cas similaires.

C'est toutefois le lieu de rappeler que la recourante est sous méthadone et que certains médicaments et notamment la flucétine, entraînent des interactions (voir https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/_methadon/interactions-avec-la-methadone). On ne saurait donc, comme l'a fait le SMR, remettre en question le dosage de flucétine sans prendre en considération son interaction avec la méthadone.

Dans de telles circonstances, rien ne permet de considérer que les traitements acceptables et connus n'auraient pas été mis en œuvre par les différents intervenants.

c. Comorbidité :

Le troisième indicateur, celui de la comorbidité, vise à déterminer si les atteintes à la santé privent la recourante de ses ressources.

Force est de constater qu'outre les diagnostics incapacitants, la recourante présente également une personnalité émotionnellement labile de type borderline et diverses dépendances (alcool, cannabis et sédatifs ou hypnotiques). Si ces troubles ne sont en tant que tels pas invalidants, ils peuvent toutefois entraîner un renforcement de certaines limitations fonctionnelles dues aux troubles incapacitants (alcool : renforcement des troubles de la concentration et des troubles mnésiques ; sédatifs ou hypnotiques : troubles mnésiques) ou entraîner, à l'instar de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, des problèmes interrelationnels, des difficultés à garder un emploi, une diminution de la tolérance à la frustration ou encore une disruptivité dans le parcours de vie.

d. Complexes de la personnalité et du contexte social :

Les complexes de la personnalité et du contexte social permettent de déterminer si la recourante dispose encore des ressources nécessaires malgré l'atteinte à la santé.

Comme cela a déjà été relevé précédemment, la recourante souffre d'un trouble de la personnalité borderline, lequel entraîne des problèmes interrelationnels et des difficultés à garder un poste de travail. Ce trouble diminue également sa tolérance à la frustration (complément du 22 juin 2018, p. 7). Concrètement, les capacités adaptatives de la recourante sont réduites. Son identité est altérée. La limite entre elle et les autres est fine, perméable, peu solide. L'appréhension de la réalité ainsi que la formation du jugement sont altérés même si le sens des réalités est conservé. Les affects sont mal contrôlés. L'intentionnalité et la motivation sont altérées. La capacité de la recourante à gérer le quotidien s'est péjorée au cours des années et son adaptabilité est médiocre (complément du 22 juin 2018 p. 10).

S'agissant du contexte social, force est de constater qu'à l'exception principalement de son fils et de sa compagne, la recourante n'a plus aucun contact avec sa famille (sauf avec sa tante au Brésil), celle-ci l'ayant rejetée lorsqu'elle a affiché son homosexualité. Son fils, désormais âgé de 18 ans, constitue un élément motivateur mais il est de moins en moins chez lui. Par ailleurs, la recourante n'a plus d'amis. Alors que selon le rapport du SMR du 29 juin 2009, elle sortait et fréquentait des compatriotes, la recourante ne quittait plus sa chambre en 2017.

Dans de telles circonstances, on ne peut considérer que la recourante bénéficie d'un contexte social favorable. Ses ressources personnelles sont à l'évidence épuisées.

e. Les conséquences tirées de ces indicateurs sur le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle doivent ensuite être examinés sous l'angle de la catégorie de la cohérence.

Force est ainsi de constater, en premier lieu, que les éléments et symptômes pertinents pour les diagnostics incapacitants se manifestent de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne : la recourante n'entretient pas de

relations amicales. Elle n'a pas d'activité récréative, ne lit pas. Elle ne s'habille que quand cela est nécessaire. Elle ne fait pas le ménage. Elle reste dans son lit, stores baissés de peur que des hommes puissent entrer; et elle ne se lève que pour cuisiner pour son fils. Dans la mesure où le fils de la recourante est âgé de 18 ans, on ne peut considérer qu'elle « s'en occupe » comme le prétend le SMR.

Par ailleurs, dans le cas de la recourante, la compliance est variable, médiocre. La recourante ne se présente pas régulièrement à ses rendez-vous. Cette situation est non seulement consécutive à son trouble de la personnalité, caractérisé par un déni et une projectivité, mais également aux limitations fonctionnelles du trouble dépressif récurrent (baisse de son élan vital et grande fatigabilité) et de l'état de stress post-traumatique (conduite d'évitement des hommes lorsqu'elle doit sortir de chez elle). Ce comportement est toutefois cohérent au vu des troubles retrouvés chez la recourante.

On ne peut dès lors reprocher à la recourante de négliger son traitement médical.

f. Compte tenu des indicateurs qui précèdent, il y a lieu d'admettre que les troubles dont souffre la recourante sont d'une gravité suffisante – d'un point de vue juridique – pour entraîner une incapacité de travail entière. La recourante ne dispose actuellement plus des ressources nécessaires pour vaincre ses troubles psychiques et reprendre une activité professionnelle. Certes, elle suit de manière variable son traitement mais cette attitude est due à ses troubles, auxquels s'ajoutent de nombreuses dépendances qui rendent la situation encore plus difficile à traiter.

Dans de telles circonstances, c'est à tort que l'OAI a nié tout caractère incapacitant à l'état de stress post-traumatique et au trouble dépressif récurrent retrouvés chez la recourante.

Il convient donc de retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle depuis une date qu'il reste à déterminer.

14. Dans son rapport d'expertise, la Dresse L_____ fait remonter l'incapacité de travail au mois d'octobre 2006. Dans la mesure où, dans sa décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rejeté la première demande de prestations de la recourante faute d'incapacité de travail, la chambre de céans ne saurait faire remonter, dans le cadre de la présente procédure, l'incapacité de travail à une date antérieure à la décision précitée (voir dans ce sens l'ATAS/1105/2012 du 10 septembre 2012 du 20 juin 2013).

Cela étant, force est de constater que la situation prévalant en 2009 s'est modifiée depuis lors, avec l'aggravation de l'état de santé de la recourante à compter de 2014-2015. Dans cette mesure, une incapacité de travail de 100% doit être retenue à compter du début de l'année 2015. En effet, dans son complément du 22 juin 2018, la Dresse L_____ a considéré que le trouble dépressif était sévère depuis le début de l'année 2015, étant précisé que le dossier ne permet pas de déterminer la date à laquelle l'état de stress post-traumatique s'est décompensé.

15. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la Dresse L_____. Sur le plan psychique, la capacité de travail de la recourante doit donc être considérée comme nulle dans toute activité et ce, à tout le moins depuis le début de l'année 2015. de sorte que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1^{er} janvier 2016, soit un an après l'aggravation du trouble psychique.

Le recours sera donc admis et la décision du 29 juin 2016 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2016.

La recourante n'étant pas représentée, aucune indemnité ne lui sera accordée.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision du 29 juin 2016 dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2016.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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 - 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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