



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2873/2018

ATAS/663/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 juillet 2019**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny SANDMEIER et Maria Esther  
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) est née le \_\_\_\_\_ 1972. Après avoir suivi des cours de secrétariat, elle a travaillé dès 1989 en tant qu'employée de bureau, à l'exception des années 1992 à 2002 durant lesquelles elle a été employée de production dans l'hôtellerie auprès de B\_\_\_\_\_. En dernier lieu, soit du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 3 décembre 2014, elle a travaillé au sein de C\_\_\_\_\_ Sàrl.
2. Le 23 février 2015, elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Elle souffrait d'une maladie psychique depuis quelques années qui s'était aggravée à la suite du licenciement abusif qu'elle avait subi. Elle percevait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 4 décembre 2014, à savoir des prestations cantonales en cas de maladie.
3. Dans un rapport du 17 mars 2015, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un état anxio-dépressif traité depuis 1990 et en aggravation depuis octobre 2014. Sans effet sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué notamment des lombosciatalgies chroniques existant depuis 2008. L'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif depuis 1990, stabilisé sous traitement médicamenteux ainsi que suivi psychologique, et aggravé depuis septembre 2014, suite à du mobbing, puis à son licenciement en décembre 2014. L'état actuel était caractérisé par une thymie triste, une démotivation et une anxiété en aggravation. Le traitement actuel consistait en traitement antidépresseur majoré en attente d'une prise en charge psychothérapeutique. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 15 mai au 16 juin 2014. S'agissant des restrictions existantes concernant l'activité habituelle, l'assurée présentait une capacité de concentration limitée ainsi qu'une perte de confiance en soi et envers un futur employeur. L'activité exercée n'était plus exigible. On pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail à un degré de 50 % depuis une date indéterminée. La capacité de concentration et la résistance au stress étaient limitées à trois-quatre d'heures par jour. L'assurée avait besoin d'une place de travail calme, d'autonomie et de réassurance en soi. Ces indications étaient valables depuis janvier 2015.
4. Selon un rapport d'évaluation établi le 8 avril 2015 par une réadaptatrice de l'OAI, dans le cadre de l'intervention précoce, l'assurée donnait l'impression d'avoir été très fragilisée par son licenciement pour faute grave avec accusation d'avoir volé dans la caisse. Elle avait pris de l'argent dans la caisse pour acheter des timbres et avait oublié de mentionner cet achat avant de partir. À son retour au bureau, elle avait été licenciée tout de suite. L'assurée avait l'air fatiguée ainsi que très triste et semblait anéantie. Elle a indiqué souffrir de dépression depuis longtemps qu'elle avait toujours réussi à surmonter, ce qui n'était plus le cas cette fois. Elle se sentait vide, anéantie, angoissée et très démotivée. Elle avait perdu la notion du temps. Elle avait de la peine à se projeter dans la reprise d'un emploi. La réadaptatrice a

proposé une mesure de coaching centrée sur l'estime de soi avant un accompagnement dans des démarches de retour en emploi.

5. Par communication du 12 mai 2015, l'OAI a accepté de prendre en charge un accompagnement individuel de dix heures dès mi-mai 2015 à titre de mesure d'intervention précoce. Celle-ci a été prolongée de douze séances, par communication du 27 juillet 2015.
6. Dans un rapport du 20 août 2015, le docteur E\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué qu'il avait vu l'assurée à trois reprises, les 4 et 24 juin 2015, ainsi que le 12 août 2015. Il avait pu procéder à une évaluation succincte et l'orienter vers le service d'addictologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
7. Lors d'un bilan effectué le 21 octobre 2015 en présence de la coach, de la réadaptatrice et de l'assurée, celle-ci a précisé qu'elle suivait régulièrement les ateliers d'addictologie des HUG à raison d'une fois par semaine. Elle avait commencé la procédure de sevrage et avait déjà diminué de 5 ml la dose de médicament. Elle voyait le psychologue et la psychiatre toutes les deux semaines.
8. Dans un rapport du 15 décembre 2015, la doctoresse F\_\_\_\_, interniste au service d'addictologie des HUG, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un status post rechute d'un état dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) existant depuis début 2015. Elle suivait l'assurée depuis le 29 juin 2015. Il y avait une bonne évolution de l'état de santé chez une patiente régulière et engagée avec stabilisation humorale progressive. Le traitement consistait en entretiens individuels médico-infirmiers, prise en charge groupale et psychothérapie individuelle. Il était encore trop tôt pour se prononcer sur une date de reprise de l'activité professionnelle, mais l'évolution favorable donnait à penser qu'elle pourrait avoir lieu dans un avenir certain pour autant que l'évolution continuât.
9. Selon un rapport du 12 février 2016 établi par la Dresse F\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis la fin de l'année 2015, sans changement dans les diagnostics. La capacité de travail était nulle. On pouvait très probablement envisager ultérieurement un retour au travail au vu de l'envie de l'assurée et de sa bonne évolution.
10. Le 16 février 2016, lors d'une réunion tripartite en présence de l'assurée, de sa coach et de la conseillère en réadaptation, cette dernière a clôturé le mandat d'intégration professionnelle en raison de l'échéance du délai d'une année depuis le début du mandat. L'assurée indiquait qu'elle avait plus ou moins stabilisé les médicaments, était moins anesthésiée par ceux-ci et présentait des idées plus claires.
11. Dans le cadre de l'assurance-chômage, l'assurée a effectué un stage d'évaluation métier du 29 février au 25 mars 2016 à 50 % auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Dans le bilan du 29 mars 2016, le répondant du stage a mentionné une faible tolérance actuelle au stress, une faible confiance en soi

(forte tendance à l'autodépréciation, difficultés à se protéger efficacement, capacité de concentration semblant réduite avec fréquentes erreurs d'attention, intégration partielle des consignes orales, répétitions nécessaires et nombreux oublis de pointage). L'assurée tolérait mal les horaires irréguliers (récupération difficile, sommeil perturbé, stress). Malgré certaines appréhensions (stress émotionnel) en début de stage, l'évolution de ce dernier avait été très positive. Il importait cependant de ne pas brûler les étapes dans la réinsertion en raison de la fragilité et de la vulnérabilité encore très marquées. L'environnement « protégé » des EPI et l'aménagement du temps de travail à 50 % avaient permis une acclimatation en douceur. La réinsertion progressive devait se poursuivre.

12. Selon la note de travail de la conseillère en réadaptation établie le 15 avril 2016, l'assurée avait augmenté durant le stage sa médication pour réussir à mieux gérer son stress. Le stage lui avait permis de se remobiliser et de se rendre compte de la situation. Elle ne se sentait pas prête aujourd'hui à occuper un poste sur le marché de l'emploi.
13. D'après un rapport du 20 juillet 2016 établi par la Dresse F\_\_\_\_\_, l'assurée avait eu une bonne évolution depuis le début du traitement en juin 2015 jusqu'en avril 2016. Elle avait pu bénéficier d'une prise en charge médico-infirmière régulière, d'une psychothérapie bi-mensuelle avec une amélioration de son état et une stabilisation humorale progressive, ainsi qu'une prise en charge groupale qui l'avait ouverte aux contacts des autres et avait permis une augmentation de son estime de soi. Le traitement médicamenteux initié de longue date avait pu être réduit dans un premier temps avec succès, mais avait dû être réajusté à sa valeur initiale dès l'apparition de problèmes gynécologiques en avril dernier. Depuis cet épisode douloureux, son état dépressif récurrent s'était péjoré avec à nouveau un manque d'énergie et d'envie de faire du sport et des activités en extérieur, ainsi qu'un manque d'appétit. L'assurée avait également plus de peine à venir à ses rendez-vous. Dans le contexte actuel, il était impossible de travailler avec elle sur l'objectif de sevrage de benzodiazépines. Le travail actuel concernait le deuil de sa maternité afin de pouvoir améliorer durablement son humeur dépressive réactionnelle à ses difficultés somatiques.
14. À réception de la demande de l'OAI de lui faire parvenir un rapport médical permettant de décrire l'atteinte à la santé de l'assurée, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a répondu, le 13 mars 2017, qu'elle n'était pas concernée car elle n'était que son gynécologue.
15. Selon un rapport du 11 avril 2017 établi par la Dresse F\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée s'était globalement amélioré depuis le début 2017, sans changement dans les diagnostics. La fréquence des consultations et groupes thérapeutiques était hebdomadaire. Au vu des efforts de l'assurée pour arriver à bout de ses difficultés, on pouvait envisager un retour au travail ultérieurement. Bien que l'évolution était favorable, elle restait néanmoins lente.

16. Dans un avis du 12 octobre 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que, malgré une instruction bien conduite, il n'arrivait pas à savoir pourquoi l'assurée était suivie en addictologie, quelle était l'évolution de la prise en charge et ce qui justifiait une si longue incapacité de travail alors que le diagnostic était celui d'épisode de dépression légère. Une expertise psychiatrique était nécessaire.
17. Par communication du 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du docteur H\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il a transmis à l'assurée le questionnaire destiné à l'expert et lui a accordé un délai pour lui faire part de questions complémentaires ainsi que d'éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre de l'expert.
18. Dans son rapport d'expertise du 22 mars 2018, consécutif à son examen du 8 janvier 2018 et aux tests psychométriques effectués le 5 décembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne, une personnalité état-limite de type abandonnique avec une forte composante d'immatunité et un trouble de l'usage des benzodiazépines. L'assurée se plaignait d'instabilité, d'incapacité à faire face au stress, de « trop se concentrer sur la durée » et de ne plus pouvoir assumer l'idée de devoir justifier son parcours professionnel. Lors de son examen, l'expert a constaté surtout des fluctuations de l'humeur avec une certaine morosité, des moments d'abattement liés à une perte d'estime de soi du fait d'échecs répétés au niveau professionnel et d'une prise pondérale, cette dernière induisant un évitement social. Dans une activité simple, répétitive, surtout manuelle, la capacité de travail de l'assurée était entière et sans baisse de rendement. Il y avait lieu de l'orienter vers ce type d'activité en évitant de perpétuer ses espoirs de réadaptation narcissiques pour des postes qu'elle n'était manifestement pas capable d'assumer. Globalement immature, l'assurée gérait mal les activités trop complexes, les postes multitâches et les rapports interpersonnels. Elle endurait très mal les blessures narcissiques ou remises en question, tout comme elle gérait difficilement les conflits. La diminution de la capacité fonctionnelle était en grande partie due à des facteurs qui n'étaient pas pris en considération par l'assurance-invalidité, tels la durée de l'éloignement du monde du travail, l'âge et le niveau de formation. L'assurée était une personne relativement autocentrée et indulgente face à elle-même. Les tests psychométriques démontraient une très mauvaise concordance entre l'examen clinique et les tests d'hétéro- et auto-évaluation, tous massivement surcotés. Ils allaient dans le sens d'une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes, ce qui pourrait expliquer en grande partie la discordance potentielle d'appréciation avec le médecin traitant. Une réadaptation n'était pas indiquée dès lors que l'assurée disposait de toutes les compétences pour retrouver un poste dans une activité simple et répétitive surtout manuelle. La dépendance aux benzodiazépines présente de longue date ne semblait pas jouer un rôle majeur quant au fonctionnement de l'assurée dans une telle activité, étant

précisé qu'il n'y avait pas de notion d'abus ou dépendance éthylique. Il fallait surtout privilégier une aide au placement dans le type d'activité qu'elle avait exercé auparavant auprès de B\_\_\_\_\_ de 1992 à juillet 2002, qui consistait à la mise en place d'assiettes et de repas pour végétariens. Il n'y avait aucun élément au dossier qui pouvait faire penser que l'assurée avait présenté un état dépressif moyen à sévère justifiant une baisse conséquente de sa capacité de travail.

19. Dans un rapport final du 14 mai 2018, le SMR a estimé que cette expertise était convaincante, prenait en compte les plaintes de l'assurée et s'appuyait sur un examen clinique approfondi, complété par des examens paracliniques. L'appréciation de la situation médicale et les conclusions étaient claires, motivées et cohérentes. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. En définitive, il n'y avait aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité et la capacité de travail était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.
20. Par projet de décision du 15 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a conclu à l'absence d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité au vu des pièces médicales en sa possession et de leur appréciation par le SMR. Il a considéré, d'une part, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain, d'autre part, que la capacité de travail était entière dans toute activité entrant en ligne de compte.
21. Par courrier du 11 juin 2018, l'assurée a fait part de ses objections. Elle a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis l'entretien avec l'expert de décembre 2017 (recte : janvier 2018). Le médicament qu'elle prenait à l'époque provoquait boulimie avec obésité, confusion quotidienne, état de somnolence, perte de mémoire et problèmes de locution, aussi avait-elle changé de produit. Or le nouveau médicament avait occasionné des nausées journalières, des diarrhées, des vertiges et des chutes, de sorte qu'elle était revenue à l'ancien médicament avec ses défauts. Toutefois, les vomissements quotidiens et les très grandes fatigues persistaient. Elle n'avait pas expliqué tous ces points négatifs à l'expert alors que son état permettait difficilement d'assumer un travail. Par conséquent, l'espérance de travail qu'elle avait formulée auprès de l'expert n'était pas du tout réaliste.
22. Par décision du 25 juin 2018, l'OAI a confirmé sa position. Le courrier de l'assurée du 11 juin 2018 n'apportait pas d'élément nouveau, ni de pièces médicales qui démontraient que son évaluation était erronée.
23. Par acte du 24 août 2018, l'assurée a recouru contre ladite décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS). Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Elle a allégué qu'elle présentait un état anxio-dépressif la limitant fortement dans ses activités quotidiennes et professionnelles qui avait été aggravé par sa situation de mobbing et son licenciement en décembre 2014, le deuil de sa maternité en 2016 et ses problèmes de dépendance à l'alcool depuis

novembre 2017. Lesdits diagnostics présupposaient un degré certain de gravité ayant une répercussion sur sa capacité de travail et de gain. La recourante a contesté que le rapport d'expertise ait une pleine valeur probante dès lors qu'il manquait d'objectivité et souffrait de contradictions. En effet, il évoquait un épisode dépressif majeur et des troubles de la personnalité tout en considérant qu'il n'y avait pas de diminution majeure de sa capacité de travail. De plus, il ne mentionnait pas les problèmes d'addictologie, ni ceux liés aux suites de l'accouchement, alors que l'addiction à l'alcool dans un contexte anxio-dépressif avait pourtant été clairement évoquée par le docteur I\_\_\_\_\_, interniste au service d'addictologie des HUG. Le rapport final du SMR relevait que les problèmes d'addictologie n'avaient pas été pris en compte dans l'évaluation de l'état de santé. Il se contredisait en constatant une incapacité de travail entière tout en affirmant qu'aucun élément du dossier ne pouvait justifier une baisse de la capacité de travail. La décision litigieuse procédait à une simple évaluation médico-théorique de sa capacité de travail, sans effectuer une quelconque comparaison des revenus et ne cherchait pas à définir le travail adapté à ses limitations fonctionnelles.

Elle a produit dans la procédure un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 août 2018. Selon ce dernier, il suivait la recourante depuis le mois de novembre 2017 pour une addiction à l'alcool dans un contexte d'état anxio-dépressif. L'état de santé était stable depuis le début du traitement. La recourante présentait des limitations psychologiques liées à son état anxio-dépressif. Il ne pouvait pas se prononcer quant à la capacité de travail de la recourante tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée. Pour le moment, il n'y avait pas d'évolution favorable.

24. Par décision du 27 août 2018, le Vice-président du Tribunal de première instance a mis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 24 août 2018.
25. Dans sa réponse du 18 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a exposé que le rapport d'expertise répondait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Invité à se déterminer sur le rapport du Dr I\_\_\_\_\_, le SMR considérait qu'il n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation. Par conséquent, la situation médicale avait été parfaitement élucidée et il avait, à juste titre, nié le droit de la recourante à des prestations.

L'intimé a produit dans la procédure l'avis du SMR établi le 10 septembre 2018. Selon ce dernier, lors de l'expertise, la recourante n'avait pas mentionné d'effets secondaires suite au traitement de Remeron. Après la reprise de ce dernier, une adaptation allait se faire progressivement et il n'y avait pas lieu de reconnaître d'effets secondaires sur le long terme. L'addiction mentionnée par le Dr I\_\_\_\_\_ n'avait jamais été relevée par les divers médecins traitants et n'avait pas été annoncée par la recourante lors de l'expertise. Si addiction à l'alcool il y avait, elle n'avait pas d'effet incapacitant en l'absence d'un diagnostic psychiatrique incapacitant. Par ailleurs, au vu du status clinique et des tests psychométriques, une addiction à l'alcool n'avait pas de répercussion objective sur la recourante. S'agissant

du deuil de la maternité, l'expert avait mentionné cette étape de vie mais n'avait pas retenu de problème incapacitant. Au vu de son examen clinique, des tests psychométriques et de la description de la vie quotidienne de la recourante, l'expert n'avait retenu aucun élément de gravité permettant de motiver une incapacité de travail. Le rapport du SMR du 14 mai 2018 contenait une erreur en tant qu'il indiquait que « selon l'expert, l'incapacité de travail de l'assurée est entière » alors qu'il fallait lire « la capacité de travail est entière ».

26. Dans sa réplique du 11 octobre 2018, la recourante a observé que dans la description qu'elle avait faite des effets provoqués par le Remeron, rien ne permettait de penser à une adaptation progressive au traitement et à l'absence d'effets secondaires sur le long terme. Dans son rapport d'expertise, le Dr H\_\_\_\_\_ abordait la question du deuil de la maternité en l'éludant et en le banalisant. Il ne reprenait même pas cette problématique dans son appréciation diagnostique. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.
27. Dans sa duplique du 16 octobre 2018, l'intimé a considéré que la recourante n'apportait aucun élément de nature clinique ou diagnostique suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. Il a persisté intégralement dans ses conclusions.
28. Dans son écriture du 8 novembre 2018, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ et a persisté dans ses conclusions.
29. Dans une écriture non sollicitée du 5 juin 2019, la recourante a observé que dans son rapport du 29 mai 2019, le docteur J\_\_\_\_\_, interniste au service d'addictologie des HUG, estimait que l'addiction à l'alcool s'était légèrement péjorée alors que le trouble anxieux était sévère et invalidant. Elle pourrait probablement travailler, mais uniquement dans un environnement protégé et à un taux réduit.

Elle a produit dans la procédure le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ selon lequel, elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent – trouble panique, d'une addiction aux benzodiazépines et d'une addiction à l'alcool. En raison de ses troubles anxieux importants, il était difficile pour la recourante d'assumer régulièrement un travail au vu de ses absences répétées « sans forcément prévenir ». La recourante pourrait probablement travailler dans un environnement protégé, mais à un pourcentage réduit (au maximum 50 %). L'état de santé relatif aux addictions pouvait probablement s'améliorer. En revanche, le trouble anxieux était sévère et invalidant. Il y avait une suspicion de trouble de la personnalité anxieuse à explorer.

30. Le 6 juin 2019, la chambre de céans a transmis cette écriture et son annexe à l'intimé.

## 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), 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.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement la question de savoir si ses troubles psychiques limitent sa capacité de gain.
5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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.

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. 28a al. 1 LAI).

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

6. a. Les atteintes à la santé 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. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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.

b. 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 standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

a. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

b. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

c. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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).

c. 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). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être 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).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 et les références).
- 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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. 3b/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).

8. 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 et les références). 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).

9. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique dont la recourante conteste la valeur probante. Elle lui reproche de manquer d'objectivité, d'être contradictoire, de banaliser le deuil d'une maternité et d'être incomplet en tant que, notamment, elle ne mentionne pas ses problèmes d'addiction.

Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 22 mars 2018.

a. Dans ledit rapport d'expertise, le Dr H\_\_\_\_\_ diagnostique sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne, une personnalité état-limite de type abandonnique avec une forte composante d'immatunité et un trouble de l'usage des benzodiazépines.

Il relève que la recourante a connu quelques épisodes dépressifs, d'allure réactionnelle, notamment en 1990 lorsqu'elle a intégré pour la première fois la K\_\_\_\_\_. Au regard de la légère fatigabilité tant physique que psychique, de l'absence d'indice en faveur de troubles de l'attention ainsi que de la concentration objectivés et objectivables, de la récurrence d'un épisode dépressif pour lequel il n'y a guère d'information, l'expert retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent (actuellement de gravité subclinique à légère). Même si ce diagnostic concorde avec certains rapports du service d'addictologie des HUG, on peine à comprendre que l'expert puisse relever que le dossier de la recourante ne comprend guère d'informations sur le trouble dépressif ayant fait l'objet d'un traitement depuis 1990 et en même temps pouvoir affirmer qu'il a débuté lorsque la recourante a commencé son travail à la K\_\_\_\_\_.

S'agissant de l'examen d'un trouble de la personnalité, l'expert expose qu'il se retrouve face à une personnalité qui paraît globalement manquer de maturité affective et se trouve sans grande capacité à prendre de la distance avec sa situation. Le fonctionnement est marqué par la régression, l'immatunité affective, l'incapacité à pouvoir s'engager affectivement et l'absence d'aptitude à assumer des responsabilités ou une activité trop complexe. Manifestement, la recourante tend à surévaluer ses compétences ainsi que ses réalisations et fait porter le poids de ses échecs potentiels sur l'extérieur. Elle présente une dépendance affective, sur un mode très archaïque du registre fusionnel, en particulier avec la figure maternelle. Elle paraît souvent être dans des angoisses d'abandon et de vide. Elle contrôle mal ses émotions et ses impulsions. L'humeur est relativement stable avec une identité peu construite. Ces divers éléments orientent l'expert vers une personnalité de type

état-limite avec une angoisse du registre anaclitique s'organisant sur la peur d'être seule, la peur de l'abandon, la peur de ne pas y arriver.

Il n'est toutefois pas évident de comprendre si l'expert retient un trouble de la personnalité. On constatera toutefois que, dans la discussion, l'expert mentionne l'existence d'un trouble de la personnalité. Selon les termes de la classification internationale, le trouble de la personnalité état-limite est un trouble de la personnalité borderline. Ce trouble est caractérisé par un Moi faible et un besoin constant de se revaloriser. Il induit une souffrance subjective, de l'instabilité ainsi que de l'impulsivité qui entravent la vie professionnelle, sociale et affective. Il peut entraîner la consommation de produits qui fait partie intégrante dudit trouble (cf. ATAS/233/2014 du 26 février 2014). Dans son rapport, l'expert ne retient pas d'effet incapacitant des troubles psychiques diagnostiqués au motif que la diminution de la capacité fonctionnelle est en grande partie due à des facteurs qui ne sont pas pris en considération par l'assurance-invalidité. Il cite à cet égard la durée de l'éloignement du monde du travail, l'âge et le niveau de formation. Il considère toutefois que le trouble de la personnalité entraîne assurément une certaine vulnérabilité, dès lors que la recourante a connu de nombreux échecs et semble actuellement avoir désinvesti toutes perspectives de retrouver un emploi. Or l'appréciation que fait l'expert de la capacité de travail de la recourante ne correspond pas à sa description de la personnalité de l'intéressée. Il retient en effet une angoisse du registre anaclitique, ce qui témoigne d'une désadaptation et d'une souffrance importante de la recourante. De plus, il ne ressort pas du dossier que sa capacité fonctionnelle est diminuée principalement par les facteurs qu'il cite. En effet, on ne voit pas en quoi un âge de 45 ans au moment de l'expertise, un diplôme de secrétariat et une absence d'activité lucrative depuis décembre 2014 avec toutefois un stage d'évaluation effectué pendant un mois en 2016 entraîneraient une diminution de la capacité fonctionnelle de la recourante.

Par ailleurs, l'expert donne certaines informations sur l'autoperception de la recourante (manque de confiance en soi et perte d'estime de soi) et sa perception d'autrui (responsable de ses échecs), son contrôle de la réalité et sa formation du jugement (peu de capacité à prendre de la distance avec sa situation), ainsi que son contrôle des affects (mauvais contrôle de ses émotions et ses impulsions) qui permettent de douter de l'existence chez la recourante de capacités inhérentes à sa personnalité, respectivement d'une capacité de travail entière. De plus, il analyse les ressources personnelles de la recourante uniquement quant à la cohérence et sans examiner, respectivement décrire si la recourante dispose de ressources de compensation ou si elle les a épuisées. À cet égard, son appréciation selon laquelle la passivité de la recourante, sans capacité d'élaborer un projet très clair – donnant le sentiment qu'elle délègue à autrui le choix de son avenir professionnel –, n'est pas à mettre sur le compte d'un trouble spécifique de la personnalité est insuffisante, la gravité de ce rôle n'ayant pas été analysée. Or, un diagnostic de trouble psychique présuppose une certaine gravité de ce dernier (ATF 141 V 281

consid 2.1.1 et 4.3.1.1) et les limitations fonctionnelles sont non seulement prises en compte au stade de la pose du diagnostic, mais également ultérieurement lors de l'appréciation de la capacité de travail du patient (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2).

S'agissant ensuite de la durée du traitement psychiatrique suivi depuis juin 2015, l'expert n'en tire aucune conclusion quant au poids des souffrances. Or, selon les divers rapports du service d'addiction des HUG, le suivi psychiatrique a d'abord permis une amélioration de l'état de santé avec stabilisation humorale progressive jusqu'en avril 2016, puis une péjoration dès cette période et jusqu'à la fin de l'année 2016 qui n'a pas permis le sevrage de benzodiazépines, enfin une lente amélioration dès le début de l'année 2017 avant l'apparition d'une deuxième dépendance cette fois à l'alcool en novembre 2017.

La recourante a également exprimé plusieurs plaintes sur le plan psychique qui sont mentionnées dans le rapport d'expertise, notamment incapacité à faire face au stress, difficultés de concentration sur la durée, fatigabilité physique et psychique, manque de résistance, anxiété et sentiments de dévalorisation. Le Dr H\_\_\_\_\_ ne les retient toutefois pas dans son appréciation au motif qu'il n'a pas observé de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. À relever qu'il fait grand cas des résultats des tests psychologiques pour en déduire que la recourante a tendance à majorer ses difficultés, alors qu'en matière d'expertise portant sur des troubles psychiatriques et selon une majorité d'auteurs, lesdits tests ne sont à considérer que comme un complément d'examen clinique (cf. Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques *in* Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss), comme le retient également le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 145/06 du 6 septembre 2006 consid. 4.2). L'expert admet, toutefois, des fluctuations de l'humeur avec une certaine morosité, des moments d'abattement liés à une perte d'estime d'elle-même, soit une évaluation qui semble bien optimiste au vu des divers rapports du service d'addictologie des HUG qui mentionnent notamment une péjoration et une addiction à l'alcool depuis novembre 2017. Bien qu'ayant connaissance du suivi de la recourante par ledit service, l'expert n'a pas pris contact avec ses thérapeutes alors que ceux-ci disposent du recul temporel nécessaire permettant de se faire une idée précise de son état de santé sur la base de leurs observations régulières et que leurs renseignements auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément si les plaintes de la recourante coïncident avec des constatations cliniques faites sur la durée. Il n'a pas davantage cherché à obtenir des documents médicaux sur les premières manifestations du trouble dépressif en 1990 qui, selon le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 17 mars 2015, a pourtant fait l'objet d'un suivi psychologique, ni sur les troubles gynécologiques de la recourante qui semblent avoir aggravé ses troubles psychiques.

Il est enfin surprenant de constater que l'expert n'a constaté aucune dépendance à l'alcool (« il n'y a pas de notion d'abus ou dépendance éthylique », cf. rapport

---

p. 20), alors que la recourante est suivie par le service d'addictologie des HUG depuis novembre 2017 pour une addiction à l'alcool (cf. rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 août 2018). Cette addiction est confirmée par le Dr J\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 29 mai 2019, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, trouble panique et addiction aux benzodiazépines et à l'alcool. Il a précisé que depuis le début de son suivi le 9 janvier 2019, l'état de santé de la recourante était resté stationnaire, sous réserve de l'addiction à l'alcool qui s'était légèrement péjorée avec des consommations assez importantes les week-ends. S'il est vrai que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ est postérieur à la décision litigieuse (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1), il y a néanmoins lieu d'en tenir compte pour apprécier la situation médicale de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse puisqu'il a trait à la question de l'incidence du traitement sur la capacité de travail de l'intéressée et sur l'évaluation de celle-ci depuis l'examen du Dr H\_\_\_\_\_, étant rappelé que la recourante est suivie par le service d'addictologie des HUG depuis juin 2015.

En définitive, le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ est insuffisamment motivé, contradictoire, lacunaire à plusieurs égards et ne mentionne pas le diagnostic de dépendance à l'alcool posé par le service d'addictologie des HUG qu'il n'a même pas constatée, soit un élément objectivement vérifiable apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des constatations et déductions de l'expert (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 précité, consid. 4.1.1).

b. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

c. En l'espèce, au vu des contradictions, des défauts de motivation et des lacunes du rapport d'expertise, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire du dossier, ce qu'il n'a pas fait. Par conséquent, son instruction de l'état de fait est lacunaire, de sorte qu'il convient de lui renvoyer le dossier pour qu'il récolte les renseignements médicaux sur l'état dépressif de la recourante de

1990 à août 2014 et le suivi psychologique y relatif, sur sa dépendance à l'alcool ainsi que sur les troubles gynécologiques ayant entraîné une aggravation de ses troubles psychiques. Une fois ces renseignements médicaux obtenus, il lui appartiendra de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique afin de compléter l'instruction sur l'effet incapacitant des troubles psychiques de la recourante au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral, notamment sur l'existence d'un trouble de la personnalité anxieuse et d'une addiction à l'alcool, la gravité de ces troubles, et l'évaluation de sa capacité de travail sur le marché libre du travail.

10. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'intimé du 25 juin 2018.

La recourante étant représentée par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 partiellement et annule la décision du 25 juin 2018.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants consistant notamment en la récolte de documents médicaux supplémentaires et la mise en œuvre d'une expertise médicale psychiatrique examinant les divers indicateurs de la grille d'analyse retenus par la jurisprudence.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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