

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2918/2014

ATAS/4/2016

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

**Arrêt du 11 janvier 2016**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

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

contre

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

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1985, de nationalité suisse depuis l'année 2002, originaire du Brésil, mariée une première fois en 2004, puis en 2011, mère d'une enfant née en 2005, a été en incapacité de travail totale depuis l'année 2009.
2. L'assurée a débuté un apprentissage de coiffeuse qu'elle n'a pas achevé.
3. Un résumé de séjour du 1<sup>er</sup> décembre 2000 atteste d'une hospitalisation au Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, du 20 septembre au 4 octobre 2000, dans le cadre d'une symptomatologie dépressive avec idées suicidaires.
4. Un résumé de séjour du 5 novembre 2001 atteste d'un séjour de l'assurée du 17 au 25 octobre 2001 à la Clinique de psychiatrie adulte II des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en entrée non volontaire pour un état d'angoisse important avec comportement autoagressif.
5. Selon un résumé de séjour du 20 janvier 2003, l'assurée a séjourné à l'unité de soins psychiatriques généraux pour adolescents aux HUG (Le Salève), du 31 octobre 2001 au 14 janvier 2003. Il s'agissait d'une troisième hospitalisation non volontaire. Il était mentionné que l'assurée disait avoir subi un viol vers l'âge de 10 – 11 ans.
6. Le 15 janvier 2003, l'assurée a intégré le foyer de la Servette.
7. Selon un résumé de séjour du 13 février 2003, l'assurée a séjourné 7 au 10 février 2003 à l'unité de soins psychiatriques généraux pour adolescents Le Salève aux HUG en hospitalisation non volontaire, sur demande de la doctoresse B\_\_\_\_\_, en raison de la recrudescence de pulsions autoagressives; elle présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation épisodique.
8. Le 17 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
9. Le 30 novembre 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin interne à la consultation de la Servette, a rempli un rapport médical AI selon lequel l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique F33.10, un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) F41.0, de l'agoraphobie F40.0, une personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, un syndrome de dépendance, actuellement abstinente F19.20.

Il avait suivi l'assurée du 4 juin 2012 au 30 novembre 2012; celle-ci avait été suivie par la doctoresse D\_\_\_\_\_ depuis le 16 février 2011 et par la doctoresse E\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2012.

L'assurée avait été adoptée à l'âge de 9 mois. Elle avait connu des fluctuations de l'humeur vers l'âge de 10 ans et débuté la consommation de divers toxiques vers l'âge de 12 ans; à 15 ans, elle avait été hospitalisée à Belle-Idée pendant une année,

période durant laquelle elle avait fait des fugues et des tentamen; elle avait des troubles de la concentration et de la mémoire, une labilité affective extrême, vivait des relations conflictuelles et instables, avait des troubles du sommeil, des angoisses, une thymie triste et des attaques de panique quotidiennes. Les restrictions psychiques les plus importantes étaient l'extrême angoisse, les attaques de panique, l'agoraphobie, les idées de persécution, la fatigabilité, les troubles de concentration, l'aboulie et la thymie dépressive. Elle était totalement incapable de travailler.

10. Par communication du 28 mars 2013, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a constaté que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'était actuellement pas indiquées.
11. Le 14 juin 2013, le docteur F\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical et requis une expertise psychiatrique; il constatait que les diagnostics référents à la polytoxicomanie étaient toujours mis au second plan, ce qui portait à penser que, pour les psychiatres, les autres diagnostics primaient; il suspectait ainsi une toxicomanie primaire.
12. A la demande de l'OAI, le docteur G\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 3 septembre 2013.

L'assurée se plaignait d'angoisses, d'idées noires, de crises de panique, d'irritabilité. L'assurée fumait un paquet et demi de cigarettes par jour, buvait deux à trois fois par semaine de la vodka et du vin à la maison, mais plus d'autres drogues. Elle n'avait plus de suivi psychiatrique depuis début 2013.

Il a posé les diagnostics suivants :

- Troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25).
- Somatisations (F45.0).

Selon le dosage plasmatique, le cannabis était positif, conformément aux affirmations de l'assurée. La dépendance à diverses substances pendant l'adolescence était plutôt secondaire à un trouble de la personnalité décompensée; la dépendance au cannabis depuis l'âge de 12 ans était ainsi secondaire à la personnalité de l'assurée. Elle ne prenait probablement pas le Sequorel prescrit.

Il ne pouvait pas objectiver la phobie (crise de panique). Elle ne présentait aucune atteinte avec répercussion sur la capacité de travail; l'assurée était bien stabilisée depuis 2004. Elle était capable de travailler à 100%, dans une activité adaptée.

13. Le 23 octobre 2013, le Dr H\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, a rédigé un certificat médical attestant d'affection neuropsychiatrique, avec, comme retentissement sur le fonctionnement quotidien, des troubles du comportement avec essentiellement une agoraphobie; l'assurée souhaitait un soutien pour ses affaires administratives.

14. Le 25 mars 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le Dr G\_\_\_\_\_ avait confirmé ses suspicions quant à une toxicomanie primaire. La capacité de travail était totale.
15. Par projet de décision du 7 avril 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
16. Le 20 mai 2014, l'assurée a déclaré à l'OAI recourir contre la décision de refus de rente.
17. Le 23 juin 2014, la doctoresse I\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis le 25 février 2014; le Sequorel n'avait pas pu être augmenté en raison d'une forte somnolence; elle présentait une thymie triste et des idées suicidaires; le Lithium avait été introduit après atténuation de ces symptômes le 23 juin. Elle présentait plusieurs diagnostics psychiatriques qui entraînaient une grande difficulté pour elle à se gérer, elle était souvent submergée par ses émotions qui pouvaient entraîner un risque suicidaire non négligeable. Les relations interpersonnelles étaient souvent difficiles avec une relation parentale à la fois fusionnelle et conflictuelle. Elle avait peu d'amis, se repliant sur elle-même, honteuse également de son obésité et limitée également par son agoraphobie et ses attaques de panique. Elle avait également de grandes difficultés à se concentrer et à s'organiser seule pour s'occuper de la gestion administrative, se sentant vite débordée et incapable de mener à bien ses activités, ce qui ne faisait qu'accentuer dévalorisation et faible d'estime d'elle-même et la maintenant dans l'impression d'incompétence. Par conséquent, l'assurée présentait une incapacité totale de travail à cette date et probablement à long terme.
18. Le 21 août 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ ne contenait aucun fait nouveau, ni élément objectif.
19. Par décision du 25 août 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
20. Le 25 septembre 2014, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Elle a complété son recours le 30 octobre 2014.

Depuis le mois de mai 2014, elle recevait une aide d'une assistante sociale des EPI pour accomplir les actes de gestion courante.

Elle présentait depuis de nombreuses années des phobies multiples, une thymie triste, une labilité thymique, une impulsivité importante, avec des idées auto-agressives et suicidaires; sa capacité de soins était nulle.

Le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ n'était pas probant; l'expert substituant son intuition objective à l'état de fait réel; en particulier, il avait éludé les phobies incapacitantes; depuis février 2014, elle avait repris un suivi, ce qui n'avait pas été pris en compte par l'OAI, tout comme les remarques de la Dresse I\_\_\_\_\_.

21. Le 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ était probant et que l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_ et la reprise d'un suivi psychiatrique en 2014 n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation du cas.
22. Le 15 décembre 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : "Je m'occupe de ma fille le matin. Je lui prépare son petit déjeuner et également le repas de midi. Parfois, je fais des siestes, parfois j'ai des rendez-vous médicaux à l'extérieur et je m'y rends toujours accompagnée de mon éducatrice. Mon mari fait les courses. Parfois, je m'occupe des tâches ménagères. Mon mari travaille à 60 %. Le reste du temps, il est à la maison. L'expertise auprès du Dr G\_\_\_\_\_ s'est très mal passée. Celui-ci a été très agressif avec moi. Il m'a par exemple demandé si j'étais toujours une droguée. Il m'a dit que j'étais une prostituée. L'entretien a duré environ 2 heures et j'ai également subi une prise de sang. Je vois la Dresse I\_\_\_\_\_ une fois toutes les deux semaines. Elle me prescrit du Zyprexa et du Colozapine, soit un antidépresseur et un stabilisateur d'humeur. J'ai vu une amélioration grâce à ces médicaments. Je crois que je suis suivie depuis 2013. Avant la Dresse I\_\_\_\_\_ j'ai été suivie, si je me rappelle bien, par le Dr J\_\_\_\_\_. J'ai dû cesser le suivi car l'ami qui m'accompagnait n'a plus pu venir avec moi et je ne suis pas capable de m'y rendre seule. J'ai essayé de m'y rendre seule à deux reprises, mais cela s'est très mal passé : j'ai fait des crises d'angoisse dans le bus. Je peux dire que mon hospitalisation m'a sauvé la vie. Je considère que je suis totalement incapable de travailler, car je ne peux pas sortir seule de chez moi. Lorsque je suis accompagnée, il est rare que je fasse des crises d'angoisse. Je fume encore un peu le soir du cannabis, car cela me fait du bien. J'ai arrêté toutes les autres substances. Pour répondre à Mme K\_\_\_\_\_, je bénéficie de l'accompagnement d'une éducatrice depuis juin 2014. J'avais également été accompagnée lorsque ma fille était toute petite, pendant plusieurs mois. Ensuite, cet accompagnement avait cessé pour des raisons financières, parce qu'il fallait être à l'AI pour en bénéficier. Je suis prête à me soumettre à une nouvelle expertise que je demande."

La représentante de l'OAI a déclaré : " Je pense que dans son avis du 25 mars 2014, le Dr F\_\_\_\_\_, en disant que la toxicomanie est primaire, se réfère à l'âge adulte, soit dès l'âge de 18 ans pour la recourante. En effet, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué que la toxicomanie pendant la période de l'adolescence était secondaire à une problématique psychique décompensée et cela ne semble plus être le cas à l'âge adulte. La référence à une expertise CRR dans la réponse au recours est une erreur."

23. Le 12 janvier 2015, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du 17 décembre 2014 selon lequel, à l'adolescence, l'assurée présentait un trouble psychiatrique incapacitant, ce qui n'était plus le cas à l'âge adulte, de sorte que l'addiction actuelle était primaire.
24. Le 19 février 2015, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique au docteur L\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'une expertise neuropsychologique à Madame M\_\_\_\_\_, neuropsychologue.

25. Le 4 avril 2015, Mme M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport neuropsychologique. L'assurée présentait une légère difficulté au niveau de la mémoire épisodique verbale (rappel différé et reconnaissance) et du calcul oral et écrit, associée à une performance limite en attention divisée. Le reste du tableau se situait dans les normes, compte tenu de son âge, sexe et nombre d'années d'étude. Des questionnaires auto-rapportés mettaient en évidence la présence d'une forte humeur anxieuse et dépressive. Ces troubles, de nature légère, entraient très probablement dans le cadre de son état thymique et du stress provoqué par la situation d'examen ; les tâches où elle se sentait à l'aise étaient réussies correctement et rapidement, alors que les tâches plus compliquées, bien que réussies, demandaient plus d'autocontrôle et ainsi elle pouvait parfois se déconcentrer, afin d'allouer ses ressources à la gestion de son stress. La consommation de cannabis pourrait aussi en partie expliquer ses légères difficultés (elle avait consommé les deux soirs qui avaient précédés l'évaluation). En revanche, l'assurée présentait de bonnes capacités de raisonnement, de flexibilité mentale, de capacité d'inhibition, une bonne vitesse de traitement et une bonne mémoire de travail. Aucune difficulté stricte de la concentration n'était relevée, hormis des difficultés à garder son focus attentionnel quand elle se sentait sous stress. Ainsi, l'assurée ne présentait concrètement aucune atteinte sur le plan cognitif, hormis des limitations en lien avec son niveau d'acquisition scolaire (notamment le calcul). Les légères difficultés cognitives observées étaient plutôt à mettre en lien avec son état psychopathologique et son stress durant la passation de l'examen.

26. Le 21 septembre 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait de violentes crises d'angoisse dès qu'elle sortait, d'anxiété extrême, de lassitude, d'épuisement, de clinophilie, d'apragmatisme, d'humeur triste, irritable, d'idées de mort, de suicide, de vision sombre de l'avenir, de tension intérieure, de sentiment de panique, d'image négative d'elle-même, d'absence de confiance en elle, de sentiment de dévalorisation, d'inefficacité, de difficultés d'endormissement, d'alimentation déséquilibrée et d'isolement social.

Il a posé le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), d'épisode dépressif, fluctuant d'un degré de sévérité léger à moyen (F32), et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.24), l'assurée utilisant actuellement la substance.

Elle avait présenté des troubles psychotiques depuis l'âge de 15 ans ; le trouble de la personnalité borderline, diagnostiqué à l'adolescence et amplement confirmé par la suite, avait évolué dans son expression clinique. Les conduites auto-dommageables les plus violentes et spectaculaires (scarifications, ingestion d'objets tranchants, etc.) avaient disparu, mais pas les idées suicidaires. L'anxiété, qui n'était plus canalisée par les passages à l'acte et la prise de drogues et/ou d'alcool, était devenue envahissante. Elle dominait le tableau clinique sous la forme d'une agoraphobie sévère, associée à des crises de panique très invalidantes qui

empêchaient l'expertisée de sortir seule de son domicile. Il s'agissait d'un handicap important, car elle devait être systématiquement accompagnée lors de ses sorties. Elle bénéficiait pour ce faire de l'intervention d'une éducatrice des EPI et accessoirement de l'aide d'une amie.

Les crises d'angoisse étaient déstructurantes, elles conduisaient à une désorganisation comportementale et pouvaient s'accompagner de manifestations psychotiques sous forme d'illusions ou d'hallucinations auditivo-verbales. L'expertisée était convaincue que les personnes rencontrées dans la rue ou dans le bus parlaient d'elle et elle leur attribuait des propos dénigrants ou moqueurs. Ces phénomènes psychosensoriels, de même que les interprétations paranoïdes qui s'y associaient, n'apparaissaient que dans des moments de crise et d'extrême anxiété. Ils faisaient partie du trouble borderline et ne signaient pas en soi l'existence d'un trouble psychotique.

L'assurée avait pu se libérer de sa dépendance à l'alcool et réduire considérablement sa consommation de dérivés du cannabis, laquelle ne présentait actuellement pas un caractère de gravité. Elle fumait encore « un joint » certains soirs pour trouver le calme et s'endormir.

L'incapacité de travail était totale en raison de la sévérité de l'agoraphobie avec trouble panique, et dans une moindre mesure du fait de limitations fonctionnelles en lien avec le trouble borderline et le trouble thymique. L'assurée souffrait d'une agoraphobie sévère s'accompagnant d'attaques de panique. Ce trouble existait depuis l'adolescence, il s'était aggravé au fil des années. Elle souffrait également d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, présent depuis d'adolescence. Enfin, elle avait souffert pendant des années d'un syndrome de dépendance au cannabis et à l'alcool et, durant une période plus courte, à la cocaïne. Aujourd'hui ne persistait que la dépendance au cannabis, de moindre sévérité que dans le passé.

Les légers déficits constatés par l'examen neuropsychologique étaient attribuables à l'anxiété et au stress provoqués par la situation d'examen ; ces résultats étaient en accord avec les données anamnestiques obtenues de l'expertisée, en particulier celles qui concernaient son développement psychomoteur et sa scolarité. L'agoraphobie avec trouble panique entraînait des limitations fonctionnelles majeures. L'assurée était terrorisée à l'idée de prendre le bus, de marcher dans la rue, de se rendre dans un magasin. Elle était incapable d'affronter seule ces situations et dépendait entièrement de la présence d'un tiers, le plus souvent une éducatrice des EPI, parfois une amie – auparavant son mari – pour sortir de son domicile et accomplir les démarches et obligations qui lui incombaient. Cette agoraphobie s'associait à des crises anxieuses aiguës très invalidantes, qui s'accompagnaient d'une perception pathologique de la réalité qui l'entourait – elle avait l'impression que les personnes qui se trouvaient autour d'elle l'observaient et la critiquaient. D'autres limitations tenaient aux manifestations cliniques du trouble borderline et de l'état dépressif. L'expertisée souffrait de graves troubles de

l'attachement qui entraînaient un manque total de confiance en soi et un sentiment de méfiance dans ses relations avec autrui. Des idées paranoïdes émergeaient facilement, ainsi qu'une anxiété marquée dans des situations de stress autres que l'agoraphobie. L'irritabilité, la fatigue, la survenue récurrente de périodes d'accablement et de détresse avec idées de mort, représentaient d'autres limitations.

L'incapacité de travail n'était pas due à la dépendance au cannabis ; l'atteinte à la santé préexistante ou concomitante à la dépendance entraînait en elle-même une totale incapacité de travail.

Il n'était pas d'accord avec l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et relevait que ce médecin concluait à une limitation très intense de l'assurée dans ses déplacements si l'agoraphobie était vérifiée. Or, la gravité du handicap lié à l'agoraphobie était confirmée par la prise en charge des sorties de l'assurée par les EPI. Il était d'accord avec l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_. L'objectif prioritaire était d'atténuer la sévérité de l'agoraphobie pour pouvoir envisager des mesures professionnelles de réadaptation. Le traitement actuel était adéquat.

27. Le 12 octobre 2015, la recourante a observé que le Dr L\_\_\_\_\_ avait confirmé ses importantes limitations fonctionnelles dues à l'agoraphobie ainsi qu'au trouble borderline et à l'état dépressif et entraînant une incapacité de travail totale. Le Dr L\_\_\_\_\_ confirmait les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_ et s'écartait de celles du Dr G\_\_\_\_\_.
28. Le 1<sup>er</sup> octobre 2015, le Dr N\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis selon lequel le Dr L\_\_\_\_\_, pour justifier son appréciation de la sévérité de l'agoraphobie, ne se fondait que sur des éléments subjectifs (déclaration de l'assurée), sans fait objectif ; le Dr L\_\_\_\_\_ expliquait que l'anxiété était devenue envahissante depuis qu'elle n'était plus canalisée par la prise de drogues, tout en disant que le traitement actuel était adéquat ; on ne comprenait pas comment la prise de drogue pouvait être plus efficace qu'un traitement psychiatrique ; au jour de l'examen par le Dr G\_\_\_\_\_, l'assurée était capable de travailler car elle sortait le week-end en boîte de nuit ; or, aucun élément objectif ne permettait d'attester d'une aggravation de l'état psychique. Le rapport d'expertise judiciaire n'était pas probant.
29. Le 9 novembre 2015, l'OAI a observé que le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ n'était pas probant car il ne comportait pas d'exigibilité de traitement, d'éléments objectifs, de date d'aggravation, de sorte que l'évaluation de la capacité de travail n'était pas convaincante et se basait sur les déclarations subjectives de l'assurée ; le Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas examiné les constatations cliniques du Dr G\_\_\_\_\_ de 2013 pour les confronter avec ses propres conclusions. L'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ était probante.

## **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité à la recourante, singulièrement sur la capacité de travail de celle-ci.
4. 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 vigueur dès le 1er janvier 2008).
5. 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).

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).

6. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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 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 déterminé 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\_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

7. 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).

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 LPG), 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. A 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 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. 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).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui,

elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

---

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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.
10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

11. En l'espèce, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique judiciaire au motif que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ n'emportait pas la conviction et était sérieusement contredite par les avis des médecins-traitants de la recourante, en particulier les Drs C\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2012 et I\_\_\_\_\_ du 23 juin 2014.

Par ailleurs, un rapport d'examen neuropsychologique était confié à Mme M\_\_\_\_\_, neuropsychologue, au vu des troubles de la concentration et de la mémoire évoqués par les Drs C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.

12. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiels précités, de sorte qu'il a pleine valeur probante. Il est fondé sur quatre entretiens avec la recourante, un entretien avec Mme O\_\_\_\_\_, éducatrice aux EPI et un entretien avec la Dresse I\_\_\_\_\_ ; il relate toutes les pièces du dossier, comprend une anamnèse, les plaintes de la recourante, des constatations objectives et une appréciation du cas

---

claire et convaincante. Le rapport neuropsychologique qui conclut à un examen dans la norme, doit également se voir reconnaître pleine valeur probante.

13. Les critiques émises par l'intimé ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de cette expertise.

a) Contrairement à l'avis du SMR, le Dr L\_\_\_\_\_ ne s'est pas uniquement fondé sur les déclarations de la recourante pour poser le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique ; il a relevé que ce diagnostic avait déjà été posé par les Dresses C\_\_\_\_\_ (avis du 30 novembre 2012) et I\_\_\_\_\_ (avis du 23 juin 2014) et évoqué par l'expert G\_\_\_\_\_ (expertise L\_\_\_\_\_ p. 9-10). Ensuite, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est entretenu avec Mme O\_\_\_\_\_ éducatrice aux EPI, laquelle prend en charge la recourante une à deux fois par semaine depuis juin 2014, pour l'accompagner à ses divers rendez-vous. Il a constaté que la recourante s'était rendue aux entretiens pour l'expertise accompagnée à chaque fois de Mme O\_\_\_\_\_ (expertise L\_\_\_\_\_ p. 10 et 11). La recourante bénéficiait aussi de l'aide d'une amie pour être accompagnée (expertise L\_\_\_\_\_ p. 13) et, auparavant, de celle de son mari (expertise L\_\_\_\_\_ p. 15). Force est de constater que le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique posé par l'expert est motivé et convainquant. La réalité du trouble et la gravité du handicap ont été relevés par ce dernier, lequel s'est clairement distancé de l'appréciation faite par le Dr G\_\_\_\_\_ (expertise L\_\_\_\_\_ p. 17) ; il a indiqué que le témoignage de Mme O\_\_\_\_\_ confirmait la réalité et la gravité du handicap (expertise L\_\_\_\_\_ p. 17).

S'agissant de la survenance de l'incapacité de travail, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé que l'agoraphobie sévère avec attaque de panique existait depuis l'adolescence et s'était aggravée au fil des années (expertise L\_\_\_\_\_ p. 14). L'incapacité de travail était totale depuis des années (expertise L\_\_\_\_\_ p. 18).

Ainsi, contrairement à l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ explique que cette incapacité de travail existait déjà en novembre 2013, au moment de l'examen par le Dr G\_\_\_\_\_, en relevant que celui-ci avait bien mentionné un possible grave handicap lié à l'agoraphobie, mais ne l'avait pas retenu (expertise L\_\_\_\_\_ p. 17). Le Dr L\_\_\_\_\_ a ainsi contesté l'appréciation du cas faite par le Dr G\_\_\_\_\_, mais non pas les constatations objectives de celui-ci, en relevant que l'agoraphobie était déjà présente au moment de l'examen fait par le Dr G\_\_\_\_\_. À cet égard, le Dr G\_\_\_\_\_ relève en effet qu'il est noté dans le dossier des symptômes phobiques chez l'assurée qui aurait de la peine par exemple à se déplacer toute seule et qui a besoin d'être accompagnée. Il explique que ceci est difficile à objectiver et qu'il est étonnant qu'elle ne prenne pas le traitement de Séroquel pour les crises de panique (expertise G\_\_\_\_\_ p. 12). Si les crises de panique étaient une réalité, la recourante serait évidemment très limitée dans ses déplacements mais dans une activité adaptée, il n'y aurait pas de limitation (expertise G\_\_\_\_\_ p. 15). Il relève ensuite que la recourante peut sortir accompagnée (expertise G\_\_\_\_\_ p. 12) et que les angoisses phobiques représentaient une difficulté dans certaines activités, mais pas dans d'autres (expertise G\_\_\_\_\_ p. 18).

La chambre de céans constate en outre que les plaintes de la recourante, qui n'ont pas varié, étaient déjà présentes lors de l'examen par le Dr G\_\_\_\_\_ (la recourante dit qu'elle n'arrive pas à sortir seule ni à faire ses courses – expertise G\_\_\_\_\_ p. 6 ; elle fait des crises de panique, notamment dans le bus – expertise G\_\_\_\_\_ p. 8 ; elle est venue à l'expertise accompagnée par une amie – expertise G\_\_\_\_\_ p. 7).

Par ailleurs, la recourante a également précisé en audience de comparution personnelle le 15 décembre 2014 qu'elle avait débuté un suivi en 2013 chez la dresse I\_\_\_\_\_ et qu'elle avait dû interrompre celui, antérieur, auprès du Dr P\_\_\_\_\_ car l'ami qui l'accompagnait ne pouvait plus le faire et elle n'était pas capable de se rendre seule chez son médecin (PV du 15 décembre 2014) ; elle avait également bénéficié d'un accompagnement lorsque sa fille, née en 2005, était toute petite, aide qui avait ensuite cessé pour des raisons financières (PV du 15 décembre 2014).

Ces faits ne sont pas contestés par l'intimé et vont dans le sens de la présence d'une agoraphobie sévère présente depuis plusieurs années déjà, comme relevé par l'expert L\_\_\_\_\_.

A cet égard, la demande de prestations ayant été déposée par la recourante le 17 octobre 2012, son droit à une rente d'invalidité ne peut débiter que le 17 mars 2013 et l'incapacité de travail est en conséquence pertinente depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, date à laquelle le Dr L\_\_\_\_\_ a clairement attesté d'une incapacité de travail totale, celle-ci étant, en 2015, considérée comme existante depuis des années.

b) S'agissant du traitement médicamenteux, l'expert L\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante avait testé plusieurs traitements, dont le Séroquel, qui ne lui convenaient pas (expertise L\_\_\_\_\_ p. 7), ce qui explique pourquoi ce traitement n'a pas été suivi. La Dresse I\_\_\_\_\_ lui avait d'ailleurs confié que la recourante ne supportait notamment pas un traitement de Fluctine (expertise L\_\_\_\_\_ p. 15). Le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que l'anxiété était devenue envahissante car elle n'était plus canalisée par le passage à l'acte et la prise de drogue et d'alcool ; il n'a pas estimé que celle-ci serait plus adéquate qu'un traitement psychiatrique (expertise L\_\_\_\_\_ p. 13). On comprend ainsi que l'anxiété a été canalisée pendant un certain temps par des comportements de la recourante qui, eux-mêmes, avaient des répercussions dommageables sur la santé de celle-ci et qui ne sauraient donc être qualifiés de traitement, comme semble l'affirmer le SMR (avis SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2015). On ne saurait dans ces conditions reprocher au Dr L\_\_\_\_\_ de considérer que le traitement (psychothérapeutique et la prise de Prazine) est adéquat (avis SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2015 et expertise L\_\_\_\_\_ p. 15).

c) Enfin, s'agissant de sa consommation d'alcool, le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante avait régulièrement consommé entre l'âge de 15 et 25 ans et, depuis, ne consommait que très rarement et en quantité modérée. Elle avait pu se libérer de sa

dépendance à l'alcool (expertise L\_\_\_\_\_ p. 7 et 13). Le Dr G\_\_\_\_\_ avait également exclu, en 2013, une dépendance à l'alcool (expertise G\_\_\_\_\_ p. 8).

Au demeurant, la valeur probante de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ doit être confirmée.

14. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante est totalement incapable de travailler depuis à tout le moins mars 2012, en raison principalement d'une agoraphobie sévère et, dans une moindre mesure, d'un trouble borderline et thymique.

Partant, elle a droit dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 à une rente entière d'invalidité.

15. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 25 août 2014.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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