

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2964/2023

ATAS/1020/2024

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

**Arrêt du 17 décembre 2024**

**Chambre 15**

En la cause

A\_\_\_\_\_  
représentée par l'Association pour la permanence de défense des  
patients et des assurés - APAS

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**   **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1969, célibataire, sans enfant, au bénéfice d'un baccalauréat d'enseignement du second degré (série : philosophie-lettres) délivré par l'Académie de Grenoble le 17 septembre 1990, ainsi que d'une demi-licence en Lettres obtenue à l'Université de Genève en juillet 1995, a exercé diverses activités lucratives (notamment en tant que responsable de l'organisation et de la gestion d'un café-terrasse, assistante en relations publiques et publicité auprès d'une entreprise d'horlogerie, collaboratrice « marketing et communication » au sein d'une banque privée).
- b.** Elle est assistée par l'Hospice général depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008.
- B.**   **a.** Dans un rapport du 27 juin 2018, les Hôpitaux universitaires de Genève ont indiqué que l'assurée avait séjourné à l'unité de réadaptation psychosomatique de B\_\_\_\_\_ pour un sevrage de substances (alcool, cocaïne, cannabis) du 6 au 26 juin 2018. Ils ont posé le diagnostic principal de polydépendance.
- b.** Le 1<sup>er</sup> février 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- c.** Dans un rapport du 20 juin 2019 relatif à un séjour du 14 mai au 18 juin 2019 à la clinique C\_\_\_\_\_, le diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation nocive pour la santé (F19.1) et ceux secondaires d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) ont été posés par les médecins.
- d.** Dans un certificat du 10 février 2022, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 28 février 2022 pour cause de maladie.
- e.** Dans un rapport du 30 mai 2022, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1), une modification durable de la personnalité, un trouble hyperkinétique avec déficit de l'attention (F90.0), une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et un syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent (F14.20). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité, définitivement.
- f.** Dans un rapport du 13 septembre 2022, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée avait vécu une enfance très difficile qui l'avait entraînée dans la toxicomanie et l'alcoolisme. Elle souffrait d'une dépression profonde chronique et d'une hyperactivité. Dans les périodes mélancoliques, elle restait dans son lit. Elle était incapable d'exercer une activité professionnelle, car elle était désocialisée.

**g.** L'OAI, sur recommandation de son service médical régional (ci-après : SMR), a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, qui a été confiée au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**h.** Dans un rapport du 9 décembre 2022, l'expert, qui avait examiné l'assurée les 28 et 30 novembre 2022, a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis mai 2019 (F33.11), de trouble anxieux généralisé (F41.1) et de dépendance au cannabis avec utilisation continue et à la cocaïne avec utilisation épisodique (F19.2). Les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, étaient le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieux, actuellement non décompensé (F61), ainsi que le trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F90). Les limitations fonctionnelles étaient un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de la concentration modérés et un isolement social partiel. Il a conclu à une capacité de travail de 50% dans toute activité sans confrontation aux toxiques, depuis mai 2019.

**i.** Par avis du 12 janvier 2023, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expert.

**j.** Dans un projet de décision du 2 juin 2023, lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité s'élevant à 55% d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> août 2022. Il a considéré qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis le mois de mai 2019, début du délai d'attente d'une année. À l'échéance du délai de carence en mai 2020, son incapacité de travail était toujours de 50% dans toute activité. Compte tenu d'une réduction pour le taux d'occupation à temps partiel, sa perte de gain totale se chiffrait à 55%. La demande de prestations ayant été déposée tardivement en février 2022, le versement de la rente ne pouvait intervenir qu'à partir du mois d'août 2022. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires, car elles ne permettraient pas de diminuer son dommage.

**k.** Le 10 juillet 2023, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle était au fond de son lit depuis des mois, épuisée, sans aucune volonté. Elle était très déprimée et souffrait également de terribles migraines dues à son état de stress continu.

**l.** Dans un rapport du 8 août 2023, Monsieur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine traditionnelle chinoise, a indiqué suivre l'assurée depuis 2017. Les problèmes post-traumatiques de celle-ci et son état d'hyperactivité entraînaient des blocages de son dos en général, particulièrement au niveau dorsal et cervical, occasionnant de très fortes migraines, souvent ophtalmiques pouvant durer plusieurs jours. Ces migraines survenaient à la suite de stress, d'angoisses ou d'émotions négatives. La prise de médicaments antimigraineux ne calmait pas. Elle était prise en charge pour un état dépressif et des troubles de l'attention, sans amélioration. Les

consultations ne pouvaient souvent pas être honorées, car elle était incapable de se déplacer. Lors de ces moments, elle restait au lit.

**m.** Par décision du 15 août 2023, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente s'élevant à 55% d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2022.

**n.** Le même jour, l'OAI a reçu un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 11 août 2023, qui mentionnait que la réémergence des stressors psychosociaux au niveau du traumatisme psychique subi avaient fait rechuter la patiente dans une consommation de cocaïne, raison pour laquelle la prise en charge avait dû être intensifiée. À ce jour, elle avait réussi à gérer cette consommation, devenue occasionnelle à raison d'une à deux fois par mois.

- C. a.** Par acte du 14 septembre complété le 8 novembre 2023, l'assurée, par l'intermédiaire de l'APAS, a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Elle a fait valoir que le rapport d'expertise était dépourvu de toute force probante, au motif qu'il comportait des contradictions. Elle soupçonnait l'intimé de confier les expertises à une forme d'intelligence artificielle. Elle reprochait à l'expert de ne pas avoir effectué un examen neuropsychologique ni analysé la gravité de son trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Le test de Raven qui examinait le quotient intellectuel ne visait pas à déterminer l'existence ou non d'un TDA (trouble du déficit de l'attention) ou d'un trouble de la personnalité. Elle s'étonnait que l'expert ait écarté le syndrome de stress post-traumatique, motif pris qu'elle avait pu travailler pendant plusieurs années. Refuser des prestations de l'assurance-invalidité parce qu'elle avait dans le passé exercé une activité lucrative était une position totalement aberrante. Cela n'était pas propre à établir d'un point de vue médical sa capacité de travail. Le fait de nier la gravité de son trouble dépressif était également absurde au vu du déroulé de sa journée-type. Par ailleurs, il était incorrect de fixer le début de sa capacité de travail partielle au mois de mai 2019, dès lors qu'elle avait été hospitalisée à la clinique C\_\_\_\_\_ du 14 mai au 18 juin 2019 en lien notamment avec ses troubles addictifs.

- b.** Par réponse du 18 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il était surpris que la recourante compare un médecin psychiatre bénéficiant d'une formation spécifique en addiction à une forme d'intelligence artificielle pour la simple raison qu'elle n'en partageait pas les conclusions.

L'intimé a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise, selon lequel la recourante disposait de ressources personnelles malgré la situation de vie difficile, décrivait une journée-type ralentie mais majoritairement préservée, avec une aide nécessaire pour l'administratif complexe, les activités restant possibles mais réduites. La recourante ne faisait état d'aucun manquement objectif. Elle considérait que l'expert aurait dû parvenir à une évaluation différente de la

situation, par opportunité. Aucun document médical ne contredisait le rapport d'expertise.

**c.** Par réplique du 24 janvier 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a répété qu'il était totalement incompréhensible de fixer le début de la capacité de travail résiduelle de 50% au mois de mai 2019, puisqu'à ce moment elle était hospitalisée en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive sur fond de mésusage de substances psychoactives multiples, essentiellement de la cocaïne. Cette conclusion, incohérente et non motivée, supposait qu'elle présentait avant le mois de mai 2019 une pleine capacité de travail et que les circonstances médicales ayant donné lieu à la décompensation seraient apparues comme par magie au début du mois de mai 2019. Elle reprochait par ailleurs à l'expert de ne pas avoir sollicité du psychiatre traitant les examens ayant conduit à la reconnaissance de l'existence du TDA. Elle se demandait sur quelle base l'expert prétendait que ce trouble aurait été présent durant l'enfance et qu'il n'était pas incapacitant. Il était faux de dire que le TDA n'aurait pas nécessité un traitement spécifique dans le passé. Ce trouble avait été mis en évidence par le psychiatre traitant en 2018 et depuis lors elle suivait un traitement médicamenteux (Concerta puis Elvanse). Les tests sanguins avaient détecté un taux d'Elvanse inférieur à celui attendu. L'expert en concluait que le TDA ne devait pas être grave sans s'interroger sur la compliance. Les personnes atteintes de troubles psychiques seraient ravies d'apprendre que dits troubles n'étaient pas graves si elles avaient pu travailler dans leur vie. À elle seule, cette assertion privait le rapport de toute valeur probante. De plus, le rapport était exempt de tout développement quant à l'absence de gravité du trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieux. L'expert n'expliquait pas non plus les motifs pour lesquels il niait le diagnostic de l'état de stress post-traumatique. La recourante a allégué que des événements traumatiques s'étaient poursuivis à tout le moins jusqu'à la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. Plusieurs personnes proches de son entourage affectif étaient décédées. Enfin, son psychiatre traitant avait mentionné qu'elle était abstinente à la cocaïne au mois de mai 2022.

**d.** Par duplique du 26 février 2024, l'intimé s'est rapporté à sa réponse.

**e.** Copie de cette écriture a été adressée à la recourante pour information.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA [applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI]) et le délai de trente jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours contre la décision du 15 août 2023 est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

**3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

**3.1.1** En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**3.1.2** En l'occurrence, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.2**

**3.2.1** 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, mentale ou psychique 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).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (cf. al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**3.2.2** 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 LPGGA. 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un

---

catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Il y a lieu de se fonder 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).

- 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 en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et

les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3).

**3.2.3** 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI).

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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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 ; 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).

**3.3** 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance

significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

#### 4.

**4.1** En l'espèce, l'intimé, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 12 janvier 2023, lui-même fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 9 décembre 2022, a mis la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité de 55%. Celle-ci conteste la valeur probante de cette expertise, et, en se basant sur les rapports de son psychiatre traitant, requiert une rente entière d'invalidité.

Le rapport d'expertise repose sur les pièces médicales du dossier (p. 3-6), les plaintes et l'anamnèse (p. 7-19), l'examen clinique complété par des tests psychologiques ainsi que l'analyse sanguine et d'urines (p. 19-25), puis l'évaluation circonstanciée du cas (p. 26-43).

L'expert a retenu les diagnostics, incapacitants, de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis mai 2019 (F33.11), de trouble anxieux généralisé (F41.1), et de dépendance au cannabis avec utilisation continue et à la cocaïne avec utilisation épisodique (F19.2). Les diagnostics non incapacitants étaient le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieux (F61) ainsi que le trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F90).

Compte tenu de ces troubles psychiques et de dépendance, il convient de déterminer leur éventuel caractère incapacitant à la lumière des indicateurs jurisprudentiels (cf. consid. 3.2.2 ci-dessus).

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert a objectivé sur la base de l'examen clinique et des tests psychométriques que les limitations fonctionnelles étaient modérées avec un impact modéré sur le quotidien (p. 39). La recourante, qui avait des capacités intellectuelles nettement au-dessus de la moyenne, présentait un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration modérés, sans changement du traitement antidépresseur, ce qui plaidait contre la sévérité de son trouble (p. 28, 37). Le trouble de la personnalité et de l'attention n'étaient pas incapacitants, car en dépit de leur existence, la recourante n'avait pas été empêchée de travailler et de gérer son quotidien (p. 28-29, 37). Il en allait de même de l'état de stress post-traumatique, qui était présent durant l'enfance en raison de maltraitements physiques, psychiques et sexuelles (p. 28), et qui avait favorisé les troubles de dépendance et de la personnalité (p. 37).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante a un suivi psychiatrique hebdomadaire et prend un traitement médicamenteux (p. 37). L'expert n'a pas constaté que celle-ci serait confrontée à un échec de toute thérapie

médicalement indiquée. Au contraire, il a préconisé un sevrage ainsi qu'un traitement antidépresseur différent, en précisant que ces mesures, exigibles, pouvaient améliorer la capacité de travail (p. 38, 42).

S'agissant des « comorbidités » psychiatriques, elles entraînaient des limitations fonctionnelles modérées (p. 40).

S'agissant du complexe de « la personnalité », le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, présent depuis le début de l'âge adulte, n'avait pas entravé la recourante dans l'exercice d'une activité lucrative dans le passé ni dans la gestion de son quotidien (p. 40).

En ce qui concerne le « contexte social », la recourante ne présentait pas un isolement social total (p. 40). Elle voyait sa tante une fois tous les deux mois, mais la contactait régulièrement par messages, de même que ses amies qu'elle rencontrait rarement (p. 16).

Quant à la catégorie « cohérence », l'expert a relevé une discordance, dans la mesure où la recourante alléguait être en total incapacité, alors qu'elle ne présentait pas de limitations fonctionnelles sévères (p. 26). Elle était autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. Son hygiène était bonne (p. 20). Elle gérait ses tâches administratives simples tout en étant aidée par son assistant social pour les tâches complexes, lesquelles n'étaient toutefois pas nombreuses. Elle faisait les courses, la lessive, le ménage et les repas à son rythme (p. 15, 18). Elle lisait parfois, écoutait de la musique, regardait des séries et vidéos (p. 16) ou dessinait (p. 17). Même si elle sortait rarement en raison de sa situation financière difficile, elle pouvait se déplacer seule, en transports publics, à pied ou à vélo (p. 17). Elle se promenait dans la nature et se baignait dans une cour intérieure en bas de chez elle, ce qui l'apaisait (p. 9). En été 2022, elle était partie en vacances en Grèce, deux semaines, avec sa tante (p. 17).

Compte tenu des indicateurs pertinents, il y a lieu d'admettre, avec l'expert, que la recourante dispose, sur le plan psychique, d'une capacité de travail de 50% dans toute activité. Certes, le début de la capacité de travail résiduelle ne peut pas être fixé, comme l'a fait l'expert, à mai 2019, au moment où la recourante était hospitalisée à C\_\_\_\_\_ jusqu'au 18 juin 2019. Toutefois, cela, à lui seul, n'ôte pas la valeur probante de l'expertise pour ce qui est de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, et n'a aucune incidence sur l'issue du litige. En effet, par avis du 11 août 2022, le SMR a expliqué que les conclusions du psychiatre traitant (rapport du 30 mai 2022), selon lesquelles la recourante était totalement inapte à travailler dans toute activité depuis 2011, ne pouvaient pas être suivies, car il faisait état d'une évolution clinique très satisfaisante. En tous les cas, le droit à la rente de la recourante ne peut naître au plus tôt que le 1<sup>er</sup> août 2022, à l'échéance de la période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations le 1<sup>er</sup> février 2022 (art. 29 al. 1 LAI), comme l'a retenu l'intimé.

L'avis du psychiatre traitant du 11 août 2023 n'est pas de nature à discréditer l'appréciation de l'expert. Pas plus que ne l'est l'avis du 8 août 2023 de G\_\_\_\_\_, qui pratique la médecine traditionnelle chinoise. En effet, le premier se contente d'évoquer la consommation occasionnelle de cocaïne par la recourante à la suite de sa rechute, soit un élément connu de l'expert (p. 5, 7, 10, 22, 29). Quant au second, il rapporte des atteintes somatiques (au niveau dorsal et cervical ainsi que des migraines), l'état dépressif, le trouble de l'attention et le fait que la recourante reste souvent dans son lit. Il sera rappelé qu'une atteinte à la santé n'est en soi pas décisive. Est déterminante la répercussion sur la capacité de travail (résiduelle). Or, aucune pièce médicale n'atteste que les atteintes somatiques seraient incapacitantes. Dans son rapport du 13 septembre 2022, le médecin généraliste a uniquement mentionné les troubles de dépendance et l'état psychique de la recourante, soit des éléments qui ont été pris en compte par l'expert. De même, la dépression dont souffre la recourante, son trouble de l'attention et le fait qu'elle rencontre des difficultés à sortir de son lit étaient connus de l'expert (p. 7). En d'autres termes, ces spécialistes n'ont pas mis en évidence des éléments de nature clinique ou diagnostique qui auraient été ignorés par l'expert.

Pour le surplus, la recourante ne peut pas valablement prétendre que l'expertise a été confiée à une intelligence artificielle, puisque son entretien avec l'expert a duré six heures (p. 2). L'expert n'a pas effectué un examen neuropsychologique, dès lors qu'il a constaté que cet examen était inutile puisque la recourante ne présentait pas de troubles cognitifs et les tests réalisés mettaient en évidence des capacités intellectuelles dans la moyenne haute, ainsi que des capacités de concentration (p. 23-24). Contrairement aux dires de la recourante, l'expert n'a pas nié l'existence d'un trouble de l'attention - présent « depuis » l'enfance, a-t-il dit, sur la base de l'anamnèse (p. 9) et non pas uniquement « durant » l'enfance. Il a indiqué le traitement suivi par la recourante depuis ses 16-17 ans (p. 9), et a relevé, au vu des résultats d'analyse sanguine et d'urines, que la recourante était sous-dosée (p. 22 et 29). Il n'a pas non plus nié l'existence d'un trouble de la personnalité. Il a toutefois expliqué les motifs pour lesquels il estimait que ces deux troubles n'étaient pas incapacitants, de même que les raisons pour lesquelles le diagnostic d'état de stress post-traumatique devait à présent être écarté, étant souligné que les deuils ayant affecté la recourante étaient connus de l'expert (p. 7). Ce dernier n'a pas non plus nié la présence d'un trouble dépressif. Sur la base de l'examen clinique complété par des tests ainsi que de la journée-type de la recourante, il a conclu que ce trouble était de degré modéré. En tant que la recourante s'étonne de l'appréciation de l'expert, elle procède à sa propre évaluation sans fournir d'éléments médicaux objectifs la motivant, de sorte qu'elle ne peut pas être prise en compte.

Le fait que l'expert ne se soit pas entretenu avec le psychiatre traitant est également sans importance, puisque l'expert a étudié le rapport de son confrère et ses conclusions sont fondées sur ses observations, en connaissance des restrictions

psychiques de la recourante, ce qui a amené l'expert à conclure que cette dernière disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50%. Et, contrairement à ce qu'elle prétend, l'intimé ne lui a pas nié l'octroi d'une rente. Il sera encore une fois rappelé que c'est l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminante en matière d'assurance-invalidité. Or, la recourante donne son appréciation subjective de son état de santé sans produire de rapports médicaux remettant en cause celle - motivée - de l'expert. Les conclusions de l'expertise psychiatrique quant à la capacité de travail résiduelle de la recourante emportent ainsi la conviction.

**4.2** Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante, étant relevé qu'elle ne conteste pas le statut d'active (art. 24<sup>septies</sup> al. 2 let. a RAI) retenu par l'intimé (cf. dossier AI p. 171-172).

**4.2.1** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Ceci dit, la recourante est sans activité lucrative depuis en tout cas le 1<sup>er</sup> décembre 2008, date à compter de laquelle l'Hospice général lui accorde une aide financière.

Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du Tribunal fédéral I.418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont ainsi basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide (arrêt du Tribunal fédéral I.368/04 du 28 juillet 2005).

**4.2.2** En l'occurrence, comme on l'a vu *supra*, la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans toute activité. L'intimé a appliqué un abattement de 10% pour tenir compte du travail à temps partiel (art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2023 ici applicable). Ni les limitations fonctionnelles de la recourante (qui ont déjà été prises en compte dans l'évaluation

de sa capacité de travail résiduelle), ni sa nationalité (suisse) ni son âge (53 ans au moment de la décision litigieuse) vu qu'elle dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel compte tenu des diverses activités lucratives qu'elle a exercées (dossier OAI p. 19, 22-26, 127) ne justifient une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6 ; cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 pour les facteurs de réduction et le taux maximum de l'abattement [25%]).

Ainsi, au vu d'une incapacité de travail de 50% et d'un abattement du revenu d'invalidé de 10%, il résulte un degré d'invalidité de 55% comme retenu par l'intimé ( $50\% + [10\% \text{ de } 50\%] = 50\% + 5\% = 55\%$ ).

5. En conséquence, le recours sera rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI).

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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