

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3668/2012

ATAS/194/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 février 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de
Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1960, après avoir terminé l'Ecole de culture générale, a obtenu un diplôme de l'Ecole professionnelle pour restaurateurs et hôteliers de Vieux-Bois en 1980. Elle a ensuite suivi plusieurs cours (anglais, informatique, comptabilité, rédaction) et exercé différents emplois, en qualité notamment d'aide-comptable, de secrétaire, d'employée de commerce, de téléphoniste ou encore de commise-greffière. Elle a également traversé des périodes de chômage avant d'occuper, en dernier lieu, la fonction de secrétaire administrative à 70%.
2. Le 12 janvier 2009, l'assurée a glissé sur la chaussée verglacée, ce qui a eu pour conséquence une déchirure partielle du ligament croisé du genou droit.
3. Le 16 mai 2009, alors qu'elle était en arrêt total de travail en raison de l'évènement susmentionné, elle est tombée à son domicile et s'est fracturé la malléole droite.
4. En date du 1^{er} août 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), en invoquant une totale incapacité totale de travail suite à ces deux accidents.
5. Dans un rapport du 10 septembre 2009, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics suivants : personnalité borderline (F 60.31) avec trouble du comportement depuis 2000, état anxio dépressif chronique depuis 1990, syndrome de dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines et au cannabis depuis 1980, traitement de substitution à la *Méthadone* depuis 1999, status après une entorse du genou le 12 janvier 2009, fracture de la cheville droite compliquée par une algoneurodystrophie en mai 2009 et entorse bénigne de la cheville gauche en juin 2009.

Le médecin a expliqué que l'assurée était suivie depuis 1990 pour un état anxieux chronique avec une phase dépressive, ainsi que pour ses diverses dépendances. En 2000, des épisodes graves avaient nécessité des hospitalisations avec un état anxio-dépressif majeur. Depuis 2005, suite à un nouveau licenciement, il avait constaté chez la patiente une nette aggravation des troubles psychiatriques et une recrudescence de la consommation des divers toxiques. En mars 2009, l'assurée avait été suivie très brièvement au Centre de thérapies brèves (CTB ; Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève).

Les symptômes étaient les suivants : état anxieux, troubles de comportement caractérisés par une agitation psychomotrice, logorrhée, avec parfois des propos incohérents et orduriers, état de désinhibition et imprégnation alcoolique.

Sur le plan locomoteur, l'assurée se plaignait de douleurs importantes l'obligeant à prendre des antalgiques. D'un point de vue psychiatrique, sans sevrage et sans prise en charge spécialisée régulière et continue, le pronostic était mauvais.

Selon le médecin, la capacité de travail était nulle depuis que la situation psychiatrique sévère s'était progressivement aggravée depuis le début de l'année 2009. L'état d'agitation, d'anxiété et d'agressivité, associé à la prise de différents médicaments, d'alcool et de cannabis, ne permettait pas à l'assurée d'avoir les capacités de concentration, de mémorisation et d'adaptation nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

Le Dr L_____ a notamment joint à son rapport les pièces suivantes :

- différents documents relatifs aux troubles de la cheville et du genou ;
- un courrier envoyé le 11 janvier 2000 au Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique de LA LIGNIERE, relatant que l'assurée consommait de la drogue depuis l'âge de 18 ans, de la *Méthadone* depuis au moins 1992, des benzodiazépines et des alcools forts ; durant le dernier semestre de l'année 1999, la situation psychique s'était aggravée avec une anxiété de plus en plus importante provoquant une plus grande consommation de produits toxiques ; était également apparue une agitation physique et psychique évoquant un état maniaque nécessitant la prise d'*Haldol* ;
- un rapport du 1^{er} février 2000 de la Clinique LA METAIRIE, attestant que l'assurée y avait séjourné du 14 au 26 janvier 2000 ; à sa sortie, avaient été retenus les diagnostics suivants : syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 10.21), utilisation d'opiacés, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 11.32), syndrome de dépendance aux sédatifs hypnotiques, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 13.21), épisode dépressif moyen (F 32.1), personnalité dépendante (F 60.7) et personnalité de type borderline (F 60.31) ; à son admission, la patiente était alcoolisée et sous l'influence des benzodiazépines, de sorte que l'établissement d'une anamnèse avait été presque impossible ; avaient été observés : une anxiété, des troubles du sommeil, un sentiment de désarroi, un manque d'élan vital, un retrait social important, une anhédonie et une idéation suicidaire ; l'assurée avait décidé de quitter l'établissement le 26 janvier 2000 ;
- un rapport du 13 avril 2000 de la Clinique LA METAIRIE, duquel il ressort que l'assurée avait demandé sa réadmission une semaine après sa sortie et y était restée du 1^{er} février au 29 mars 2000 ; avaient été retenus : un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 10.21), un syndrome de dépendance au cannabis, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 12.21), un syndrome de dépendance aux sédatifs hypnotiques, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 13.21), un épisode dépressif moyen (F 32.1) et une

personnalité dépendante (F 60.7) ; la symptomatologie anxio-dépressive présente à l'entrée s'était progressivement atténuée ; le séjour avait été particulièrement favorable sur le plan de l'évolution clinique ; vu la chronicité et la gravité de la dépendance, une suite de traitement était préconisée, dans le but d'une réinsertion sociale et professionnelle, mais l'assurée avait refusé un tel suivi ;

- un courrier adressé au CTB le 25 mars 2009, mentionnant que l'état de l'assurée était inquiétant : depuis plusieurs mois, son état psychique s'était aggravé avec une recrudescence de l'état anxieux, occasionnant une prise de médicaments, de cannabis et/ou d'alcool en hausse, en relation principalement avec une situation de chômage et de conflit de couple ;
 - un courrier du Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 30 avril 2009, indiquant avoir reçu l'assurée à sa consultation la veille ; l'intéressée, sous abus médicamenteux ou d'alcool, avait été dysarthrique, logorrhéique, et s'était à plusieurs reprises affalée sur son bureau ; le médecin indiquait qu'il était probable que les chutes de l'assurée soient liées à sa consommation de toxiques.
6. En date du 20 février 2010, le Dr L_____ a suggéré à l'OAI de procéder à un bilan psychiatrique complet et a produit différents rapports en lien avec les troubles orthopédiques de l'assurée.
 7. Par courrier adressé à l'OAI le 21 novembre 2010, ce médecin a réitéré sa proposition d'expertise psychiatrique, soulignant que le comportement de l'assurée, sous l'effet des multiples substances qu'elle consommait, était inquiétant. Il a fait état d'agitation, d'angoisse, de confusion et de dépression.
 8. Dans un rapport du 2 mai 2011, le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la consolidation complète de la fracture de la cheville était acquise. Une reprise du travail à 100% était possible à partir du 1^{er} juillet 2011.
 9. Les rapports de travail de l'assurée ont pris fin au début du mois de juillet 2011. Elle a alors sollicité des prestations de l'assurance-chômage.
 10. Le 13 octobre 2011, le Dr L_____ a informé l'OAI que l'atteinte orthopédique était en voie de résolution. Par contre, la problématique psychiatrique subsistait.
 11. En date du 21 novembre 2011, le Dr P_____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (SMR) a suggéré la mise sur pied d'un examen psychiatrique afin de déterminer si l'assurée souffrait d'une affection justifiant une incapacité durable de travail.
 12. Le Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin examinateur au SMR, a rendu son rapport le 9 mars 2012, après avoir reçu l'assurée le 18 janvier 2012.

Il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement dus à la consommation de substances psychoactives multiples (F 19).

L'examinateur a observé que, par moment, l'assurée était confuse, presque somnolente. Il a relevé des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation, ainsi qu'une labilité émotionnelle et des ruminations, mais pas de symptomatologie anxieuse, type crise de panique, déclenchée au cours de l'entretien. Afin de comprendre la fluctuation de la vigilance durant l'entrevue, il a demandé à l'assurée ce qu'elle avait pris la veille et le matin. Elle lui a répondu avoir consommé, avant de se coucher, du *Stilnox* et du *Seresta*, avoir bu deux whisky-coca et fumé deux joints. Au lever, elle avait pris de la *Méthadone* en suppositoire, un *Tranxilium*, bu un whisky-coca et fumé un joint. L'examinateur a considéré que l'anamnèse psychiatrique obtenue malgré l'état de l'assurée permettait de retenir des traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Toutefois, l'assurée n'avait jamais fait de tentative de suicide, d'automutilation ou d'hospitalisation dans ce contexte. En outre, l'anamnèse professionnelle ne permettait pas de constater une répercussion sur la capacité de travail des traits de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. S'agissant de la consommation de substances psychoactives multiples, elle devait être considérée comme primaire, d'après la description donnée par l'assurée.

L'examinateur a conclu que l'état de l'intéressée ne permettait pas d'effectuer un examen clinique dans les règles de l'art et que les questions concernant la capacité de travail ne pouvaient pas être résolues. L'examen psychiatrique au SMR, cliniquement, ne permettait pas de conclure à un diagnostic ayant ou non une répercussion sur la capacité de travail.

13. Le 14 avril 2012, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SMR, a estimé, sur la base des rapports des Drs O_____ et Q_____, que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle et ce, dès le 1^{er} juillet 2011, date au-delà de laquelle les troubles orthopédiques n'avaient plus eu de répercussion. Quant à la toxicomanie, sa nature primaire excluait sa prise en charge par l'assurance-invalidité.
14. En date du 15 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière limitée à la période du 1^{er} février 2010 au 30 septembre 2011.
15. Par courrier du 4 juillet 2012, l'assurée s'est opposée à ce projet, qualifié d'incompréhensible, en produisant à l'appui de sa position un rapport du Dr L_____ du 30 juin 2012 rappelant qu'elle avait été hospitalisée à plusieurs reprises en clinique psychiatrique.
16. Le 19 août 2012, le Dr L_____, après avoir pris connaissance du rapport du Dr Q_____, en a contesté les conclusions auprès de l'OAI.

Le médecin a notamment reproché à l'examineur de n'avoir pas véritablement abordé les troubles psychiatriques provoqués par la consommation de produits toxiques et a souligné que le diagnostic de personnalité borderline avait été posé en 1988 pour la première fois.

A cet égard, il a transmis à l'OAI un rapport rédigé le 15 mars 1988 par la Clinique LA METAIRIE – suite à un séjour de l'assurée du 18 février au 2 mars 1988 pour une cure de désintoxication. Ce document fait état d'une toxicomanie et d'un état anxio-dépressif chez une personnalité borderline. Il relate que l'assurée a découvert les drogues douces (haschich) à l'âge de 18 ans et l'héroïne à 19 ans, par curiosité, dans un contexte favorable et pour fuir son vide affectif, que depuis le décès de son père en 1985, s'est installé un état anxio-dépressif, avec des bouffées d'angoisses importantes, des insomnies et un comportement anorexique, qu'elle a accepté une première prise en charge psychiatrique en 1988 et qu'elle décrit des périodes d'abstinence de drogue pouvant durer jusqu'à une année, suivies de rechutes.

17. Par décision du 6 novembre 2012, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière limitée à la période du 1^{er} février 2010 au 30 septembre 2011.

L'OAI a considéré qu'à compter du 1^{er} juillet 2011, l'exercice à plein temps de l'activité habituelle de secrétaire administrative était raisonnablement exigible, de sorte que le droit à la rente prenait fin le 1^{er} octobre 2011, soit trois mois plus tard.

S'agissant des troubles psychiatriques, l'OAI a retenu qu'ils ne relevaient pas de l'assurance-invalidité.

18. Par acte du 5 décembre 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, qualifiée d' « obscure et incompréhensible », en concluant, sous suite de dépens, à ce que l'intimé explicite sa position et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps.

19. Par courrier adressé le même jour à la Cour de céans, la recourante a contesté les conclusions de l'examen psychiatrique et déploré que sa santé mentale ne soit pas prise en compte. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 février 2013, a conclu au rejet du recours.

Il rappelle que, d'un point de vue somatique, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dès le mois de juillet 2011, comme attesté par le Dr O_____.

D'un point de vue psychique, il considère que les troubles diagnostiqués ne constituent pas une comorbidité psychiatrique grave puisqu'ils n'ont pas empêché la recourante de terminer sa scolarité, de suivre plusieurs formations dans le domaine du secrétariat et d'exercer cette activité. Il allègue que puisque les troubles mentaux et du comportement - qui résultent de la consommation de substances psychotropes - sont sujets à rémission moyennant abstinence, ils ne fondent pas d'incapacité de travail valant invalidité.

21. Le 22 mars 2013, la recourante a répliqué en contestant toute valeur probante au rapport du Dr Q_____ et en requérant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Elle produit notamment un rapport de la Clinique GENEVOISE DE MONTANA du 3 mars 1987, attestant qu'elle y a séjourné du 15 au 31 janvier 1987 et qu'ont alors été retenus les diagnostics d'état dépressif-anxieux modéré avec troubles digestifs et vasculaires fonctionnels et de perturbation modérée des tests hépatiques.

22. Dans sa duplique du 18 avril 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
23. Entendu par la Cour de céans en date du 11 juillet 2013, le Dr L_____, qui suit la recourante depuis 1991 - date à laquelle elle l'a consulté pour un problème de consommation de benzodiazépines et une prise épisodique de *Méthadone* dans un contexte anxieux majeur – a indiqué que le diagnostic de personnalité borderline a été évoqué pour la première fois lors de l'hospitalisation de l'intéressée à LA METAIRIE en 1988.

Soulignant ne pas être psychiatre, le Dr L_____ a allégué que, selon lui, le problème de base est psychiatrique et la toxicomanie non primaire. Il estime que la recourante n'est en l'état pas capable de travailler en raison de son état dépressif, de son état anxieux majeur, des problèmes de concentration qu'elle rencontre, ainsi que de ses difficultés à entrer en contact avec autrui. Dans de telles conditions, une activité administrative telle que celle de secrétaire dans une étude d'avocats n'est plus exigible et il ne voit pas quel autre travail pourrait entrer en ligne de compte.

Il a expliqué que si, par le passé, une activité professionnelle a été possible, malgré le trouble psychique, c'est parce que la recourante a contenu son anxiété par la prise d'anxiolytiques et de toxiques, et qu'elle se trouvait dans un milieu plus ou moins sécurisant puisqu'elle exerçait une activité qui lui était habituelle. Lorsqu'elle a été licenciée, la recherche d'un nouvel emploi a été source de stress et a conduit à une décompensation.

S'agissant du rapport du Dr Q_____, le témoin a souligné que ce médecin a reconnu n'avoir pu se livrer à un examen clinique dans les règles de l'art.

La recourante a été très brièvement suivie par un psychiatre, mais les quelques – mauvaises - expériences qu'elle a eues avec le monde psychiatrique ont entraîné une grande réticence de sa part à l'idée de se faire suivre par un spécialiste. Par ailleurs, les psychiatres sont souvent réticents à suivre un patient posant des problèmes de dépendance.

24. Le 6 septembre 2013, l'intimé a produit un nouvel avis du Dr P_____.

Ce médecin soutient que les difficultés mentionnées par le médecin-traitant (état dépressif, état anxieux et problèmes de concentration) sont secondaires à la prise de toxiques et que celle-ci doit être considérée comme primaire. Il maintient que la toxicomanie de la recourante ne peut dès lors être qualifiée d'atteinte à la santé

invalidante puisque le trouble de la personnalité borderline n'aurait pas conduit, à lui seul, à une quelconque incapacité de travail durable.

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 depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 6 novembre 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI susmentionnées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 ; Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit de la recourante à une rente au 30 septembre 2011, étant précisé que la recourante ne conteste pas les conclusions de l'intimé d'un point de vue somatique.
5. D'après la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1).
6. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, précise que 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.
7. D'après une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_72/2012 du 21 août 2012, consid. 3 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

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 (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

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 (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

S'agissant de la valeur probante des 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).

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 ;

ATF non publié 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. 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).
10. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
11. a) En l'espèce, la décision litigieuse du 6 novembre 2012, est basée sur l'appréciation du SMR, sur le rapport du Dr O_____ du 2 mai 2011 et sur celui du Dr Q_____ du 9 mars 2012. L'intimé a considéré que les atteintes somatiques de la recourante n'avaient plus eu de répercussion sur sa capacité de

travail au-delà du 1^{er} juillet 2011 et que les troubles psychiatriques ne relevaient pas de l'assurance-invalidité.

La recourante soutient quant à elle que sa capacité de travail est nulle en raison de ses troubles psychiques.

b) Il convient dès lors de déterminer si la polytoxicomanie dont souffre la recourante est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante. Pour trancher ce point, il convient de se baser sur les avis médicaux et, par voie de conséquence, d'évaluer en tout premier lieu s'il faut suivre ou non les conclusions de l'examineur psychiatre.

c) Dans son rapport du 9 mars 2012, le Dr Q_____ a relevé que l'état de la recourante ne lui permettait pas d'effectuer un examen clinique dans les règles de l'art, compte tenu du fait qu'elle était sous influence de produits toxiques au moment de l'examen. Il a de ce fait conclu que les questions relatives à la capacité de travail ne pouvaient être résolues. Il est dès lors pour le moins surprenant que l'intimé ait fondé sa décision sur un tel document.

De plus, la Cour de céans observe que le Dr Q_____ ne liste pas les pièces qui lui ont été remises en vue de son examen, de sorte qu'il est impossible de savoir si son rapport est établi en pleine connaissance du dossier médical de la recourante.

Par ailleurs, son examen n'est pas établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et n'a pas valeur d'expertise. A titre d'exemple, l'examineur n'a réalisé ni tests psychométriques ni tests d'hétéro- et auto-évaluation. Il n'a pas justifié les raisons pour lesquelles il écartait certains diagnostics posés avant lui par d'autres médecins, tel que celui d'état anxio-dépressif chez une personnalité borderline (cf. rapport du 15 mars 1988 de la Clinique LA METAIRIE), ceux de syndrome de dépendance à l'alcool, d'utilisation d'opiacés, de dépendance aux sédatifs hypnotiques, d'épisode dépressif moyen, de personnalité dépendante et de personnalité de type borderline (cf. rapport du 1^{er} février 2000 de la Clinique LA METAIRIE), ou encore celui de dépendance au cannabis (cf. rapport du 13 avril 2000 de la Clinique LA METAIRIE).

L'examineur a diagnostiqué des troubles mentaux et des troubles du comportement dus à la consommation de substances psychoactives multiples, sans livrer une appréciation globale incluant les causes et les conséquences de ladite consommation. Il ne s'est pas non plus prononcé sur les troubles anxieux, alimentaires et du sommeil constatés en 2000, ni sur un éventuel retrait social, une anhédonie et une idéation suicidaire.

Quant à ses explications, selon lesquelles l'anamnèse professionnelle de la recourante ne permettrait pas de constater une répercussion sur la capacité de travail des traits de la personnalité, elles n'emportent pas la conviction.

Force est donc de constater que ce rapport médical ne peut se voir reconnaître valeur probante et que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur cet examen pour rendre une décision. Il importait de procéder à des mesures d'instructions supplémentaires, lesquelles sont indispensables pour être en mesure de se prononcer sur l'existence de troubles psychiques, notamment sur l'existence d'une atteinte psychiatrique à l'origine ou plutôt consécutive de la dépendance, ainsi que sur la capacité de travail de la recourante, au regard de ses troubles psychiques.

Concernant l'appréciation du Dr L_____, la Cour de céans rappellera que ce médecin-traitant n'est pas psychiatre et que ses rapports n'émanent donc pas d'un spécialiste.

En pareilles circonstances, vu l'absence totale de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychique, et partant, sur un éventuel droit à une rente d'invalidité au-delà du 1^{er} octobre 2011.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en psychiatrie et en toxicomanie, tel que le Dr S_____, par exemple, après avoir interrogé le médecin-traitant de la recourante et récolté les informations nécessaires auprès des différents établissements où celle-ci a séjourné en raison de ses dépendances et troubles psychiques.

Le renvoi à l'intimé se justifie d'autant plus qu'aucune expertise n'a été réalisée par ce dernier. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

12. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'autorité administrative à charge pour cette dernière de rendre une nouvelle décision concernant la période postérieure au 30 septembre 2011 après instruction complémentaire conformément aux considérants.

La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 30 septembre 2011.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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