

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3703/2008

ATAS/1240/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 7 octobre 2009**

En la cause

Madame T \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne  
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame T\_\_\_\_\_, née en 1958, travaillait en dernier lieu en tant que vendeuse et réceptionniste. Depuis 1997, elle est au chômage, à l'exception d'une période de juin 1999 à juin 2000, période pendant laquelle elle a exercé un emploi temporaire. Depuis 1999, elle dépend de l'aide sociale.
2. Du 19 au 20 juin 1995, elle séjourne au Service de psychiatrie de l'Hôpital cantonal, en raison d'un état dépressif. Selon le rapport du 3 juillet 1995 du Dr A\_\_\_\_\_ relatif à ce séjour, elle vit avec un homme de 20 ans son aîné et prenait un traitement antidépresseur, interrompu unilatéralement il y a un mois. Le 19 juin 1995, elle fait un tentamen d'alcool et de Lexotanil qui motive l'hospitalisation. A l'entrée, elle est alcoolisée, sans projet suicidaire. Le lendemain, sa thymie est sans idéation suicidaire et elle banalise le tentamen de la veille. Confrontée à la nécessité de se faire soigner, la patiente accepte un suivi au Centre des thérapies brèves (CTB) aux Eaux-Vives.
3. Du 1<sup>er</sup> au 3 mars 2000, l'intéressée est de nouveau hospitalisée au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en raison d'un abus médicamenteux à visée suicidaire. Dans l'anamnèse, il est relevé qu'elle est née d'un viol et qu'elle souffre de dépression de longue date, mais n'a jamais voulu consulter un psychiatre, craignant se trouver face à quelqu'un de mutique. Suite à une dispute avec son ami, elle avale des comprimés de Lexotanil dans le but de mourir. Les médecins constatent qu'elle est anosognosique de son geste et de sa situation dépressive, qu'elle est bien orientée dans l'espace et dans le temps, qu'il y a un discret trouble de la vigilance et une présence de signes d'intoxication (sommolence, myosis et troubles délirants à thème persécutoire). Elle est encouragée à consulter un spécialiste.
4. Du 15 au 19 septembre 2003, l'intéressée séjourne à l'Unité d'alcoologie du Département de médecine communautaire des HUG, dans le cadre d'un sevrage pour la prise en charge de ses problèmes d'alcool. Selon le rapport du 17 octobre 2003 des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, elle présente des problèmes de dépendance à l'alcool, au THC, une hyperlipidémie traitée et un état dépressif récurrent. Elle vit dans une situation précaire et dépend de l'aide de l'Hospice générale. Dans l'anamnèse, il est notamment précisé qu'elle a travaillé en tant que prostituée. Elle s'est mariée, puis a divorcé sans avoir eu d'enfant. Petit à petit, elle sort du milieu de la prostitution et exerce différents métiers (barmaid dans les cabarets, agence de publicité). Dans le cadre d'une occupation temporaire, elle est placée à la Protection de la jeunesse. Elle déclare ne pas avoir consommé d'alcool avant 30 ans, mais l'utiliser comme médicament depuis trois semaines, en association avec du Seropram. Elle fume du cannabis quotidiennement depuis une quinzaine d'années et a des antécédents de consommation de cocaïne. Elle voit sa

problématique alcoolique comme étant liée à sa consommation d'antidépresseurs qu'elle prend depuis deux mois. Le sevrage d'alcool s'est déroulé sans complication. Le séjour s'est interrompu au 4<sup>ème</sup> jour, la patiente ne parvenant pas à s'identifier aux autres pensionnaires.

5. Par demande reçue le 3 septembre 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.
6. Selon le rapport du 19 octobre 2004 du Dr D \_\_\_\_\_, l'assurée souffre d'un état anxio-dépressif et de discopathies C5-C6. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hyperlipidémie traitée, une dépendance à l'alcool et une dépendance au THC. Sa capacité de travail est nulle depuis le 20 mai 2003. L'état est stationnaire. La capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées. Le Dr D \_\_\_\_\_ suit la patiente depuis mai 2003 pour un état dépressif. Il mentionne en outre que plusieurs tentatives de traitement par des psychiatres se sont révélées négatives, la patiente n'ayant pas adhéré aux différents traitements. Elle se plaint essentiellement de troubles de la concentration et du sommeil. L'état dépressif est toujours présent. En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, elle dit faire plutôt des alcoolisations aiguës qu'une alcoolisation chronique. Le Dr D \_\_\_\_\_ pense qu'elle a une capacité de travail rémanente, laquelle est toutefois difficile à quantifier. Il estime par ailleurs qu'un examen médical complémentaire auprès d'un spécialiste est nécessaire, afin d'évaluer la capacité de travail sur le plan psychique.
7. Le 15 janvier 2007, le Dr D \_\_\_\_\_ atteste que l'état est resté stationnaire et que la capacité de travail est toujours nulle, et ceci dans n'importe quelle activité.
8. Le 2 mai 2007, l'assurée est examinée par le Dr E \_\_\_\_\_ du SMR. Dans son rapport du 11 février 2008, ce médecin relève qu'elle a interrompu sa scolarité à l'âge de 14 ans, puis commencé une formation de couturière, arrêtée après trois ans sans diplôme. Elle a ensuite travaillé quelques années dans la prostitution, puis comme vendeuse de vêtements dans différentes boutiques, en alternance avec des engagements comme barmaid. Quelques années plus tard, elle a travaillé comme réceptionniste pendant cinq mois à 100%. Elle perd cet emploi en raison de la faillite de l'entreprise. Dans le cadre d'un programme du chômage, elle a travaillé ensuite comme téléphoniste pour l'Etat de Genève pendant une année. Depuis, elle n'a plus repris une activité professionnelle et dépend de l'aide sociale. En 1976, elle fait une première tentative de suicide avec intoxication volontaire au valium suivie d'une première hospitalisation psychiatrique à Paris, pendant une semaine. Peu après, l'assurée dit avoir fait une deuxième tentative de suicide, en se blessant l'avant-bras, suivie d'une hospitalisation psychiatrique à Paris. En 1982, elle arrive en Suisse et commence un travail de danseuse dans un cabaret. Malgré ses hospitalisations en 1995 et 2000, elle n'a pas bénéficié d'un suivi psychiatrique régulier et elle dit avoir interrompu tout traitement psychiatrique après la première

consultation. Elle a cependant pris maintenant rendez-vous chez le Dr F\_\_\_\_\_. L'assurée dit également avoir souffert d'une anorexie à partir de l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 26 ans. En 1990, elle se marie et divorce deux ans plus tard. Entre 1992 et 2002, elle a une relation avec un homme qui l'aurait humiliée et dévalorisée. Depuis cinq ans, elle vit seule. Elle débute sa consommation d'alcool à l'âge de 25 ans, surtout sous forme de champagne. Puis elle commence à boire de la bière et du vin à outrance lors des conflits avec son entourage. Aujourd'hui elle dit avoir cessé toute consommation d'alcool à outrance et estime sa consommation actuelle d'un à deux verres de vin toutes les quatre semaines. Depuis l'âge de 25 ans, elle consomme du THC sous forme de joints, essentiellement le week-end. Depuis cinq mois, elle a arrêté toute consommation de cette substance. Elle a également consommé occasionnellement de la cocaïne entre l'âge de 25 et 38 ans. Dans ses plaintes elle déclare souffrir d'une humeur déprimée avec fatigabilité et manque d'intérêt, ainsi que de douleurs dans plusieurs parties du corps. Son appétit est diminué et son sommeil perturbé depuis plusieurs années. Dans sa vie quotidienne, elle arrive à faire les tâches ménagères, à préparer des repas (irrégulièrement) et à faire ses courses. Elle décrit une bonne relation avec une amie de 72 ans qu'elle voit régulièrement, et participe depuis quelques semaines à un travail de bénévole chez CARITAS à raison de trois heures toutes les deux semaines, où elle aide à vendre des vêtements. Sa présentation est correcte et le Dr E\_\_\_\_\_ n'objective pas de troubles importants de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. Il ne note pas non plus une fatigue importante ni un manque d'énergie. L'assurée est déprimée avec des pleurs face à l'évocation de la situation sociale actuelle. Elle présente quelques traits anxieux discrets, lorsqu'elle est confrontée à son bilan existentiel. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas objectivé d'éléments en faveur d'un diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Ses diagnostics sans répercussion sur sa capacité de travail sont les suivants: personnalité émotionnellement labile, type borderline non décompensée, dysthymie, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis et de cocaïne, actuellement abstinente, et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, utilisation continue. Dans l'appréciation du cas, le Dr E\_\_\_\_\_ précise que l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré une dépression majeure, une décompensation psychotique, une anxiété généralisée, des troubles phobiques, des troubles paniques, un syndrome douloureux somatoforme persistant ou une perturbation de l'environnement psychosocial. Il relève que l'assurée est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Sa dysthymie s'inscrit dans le contexte d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Ce trouble ne l'a cependant pas empêchée de quitter le milieu de la prostitution, de s'installer en Suisse et de se marier, ainsi que de s'engager dans d'autres relations stables d'une durée de plusieurs années. Ce trouble ne l'empêche pas non plus de reprendre son activité habituelle comme réceptionniste ou

téléphoniste. Ainsi, le Dr E\_\_\_\_\_ estime la capacité de travail à 100% dans l'activité exercée précédemment.

9. Par projet de décision du 17 mars 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations d'invalidité.
10. Par lettre non datée, reçue le 16 avril 2008, l'assurée s'oppose à ce projet. Elle fait valoir qu'elle se trouve depuis de nombreuses années dans l'incapacité de déployer une activité professionnelle, en raison d'un état de santé précaire, lequel a engendré un manque de confiance. Le Dr F\_\_\_\_\_ qu'elle consulte depuis six mois pourrait le confirmer.
11. Le 30 avril 2008, l'assurée est entendue par l'OCAI. Elle allègue notamment souffrir de troubles de panique et qu'elle ne sort pas de chez elle. Ce n'est qu'au prix d'un énorme effort qu'elle se présente à l'audition. Le collaborateur de l'OCAI lui conseille d'envoyer au plus vite un rapport détaillé de son psychiatre.
12. Par décision du 18 septembre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité.
13. Par courrier du 14 octobre 2008, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Elle fait valoir qu'elle est atteinte d'un trouble psychique, pour lequel elle est en traitement depuis plusieurs mois chez le Dr F\_\_\_\_\_. Elle présente également divers troubles somatiques pour lesquels elle est suivie par le Dr D\_\_\_\_\_. Ces médecins feront parvenir prochainement un rapport écrit au Tribunal de céans.
14. Dans sa détermination du 14 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à l'examen psychiatrique effectué par le Dr E\_\_\_\_\_ et en relevant que la recourante n'a transmis à ce jour aucun document médical à l'appui de ses dires.
15. Le 28 mars 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ répond aux questions posées par le Tribunal de céans. Il pose les diagnostics de trouble de l'humeur persistant sous forme d'une dysthymie dépressive, de troubles d'anxiété généralisée, de phobie sociale sévère, de trouble de la personnalité de type borderline, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation épisodique d'alcool et à l'utilisation continue des tranquillisants et hypnotiques. La patiente présente une pathologie psychiatrique lourde depuis l'enfance, sans traitement spécialisé jusqu'en 2008. A titre de limitations psychiques principales, il mentionne une tolérance très basse à l'anxiété et au stress, des accès dépressifs sévères, environ 2-4 jours par quinzaine avec effondrement dépressif, isolement social massif, excès alimentaire et prise de poids, consommation d'alcool et hypersomnie. L'instabilité affective avec des déficits du contrôle de son impulsivité et passage à l'acte auto-agressif constitue également une limitation. Sa capacité de travail est nulle, de l'avis du Dr F\_\_\_\_\_. Elle suit

une psychothérapie à raison d'une heure par semaine avec appui psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères) et la compliance est bonne.

16. Le 12 mai 2009, le Tribunal de céans ordonne une expertise psychiatrique judiciaire et la confie au Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre, après avoir donné la possibilité aux parties de se déterminer sur les questions et le choix de l'expert.
  
17. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2009, l'expert pose les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, de phobie sociale, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de dysthymie, de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique, et de troubles de l'alimentation, sans précision. La dépendance à l'alcool prend en partie ses racines dans la fragilité de la personnalité. La capacité de travail est restée nulle depuis janvier 2008, en dépit d'un traitement médical adéquat. La recourante présente de toute évidence une fragilité psychique structurelle qui s'est manifestée dès l'adolescence et s'est traduite par une trajectoire biographique chaotique, des perturbations émotionnelles et comportementales récurrentes typiques pour un trouble émotionnellement labile (instabilité de l'humeur, dépendance affective, vie affective chaotique, angoisse d'abandon, faible estime de soi, comportement auto-dommageable). Ce trouble a favorisé très tôt la survenue de comorbidités psychiatriques diverses. Il s'agit notamment du trouble du comportement alimentaire, des abus de substances, d'une fragilité de l'humeur et de troubles anxieux. La dépendance à l'alcool, avec consommation épisodique, a été favorisée par l'activité professionnelle de la recourante, par la faible estime de soi et l'angoisse d'abandon typique du trouble borderline, ainsi que par l'anxiété sociale, pour laquelle l'alcool est le meilleur remède à court terme. En ce qui concerne le trouble de l'humeur, l'expert explique que son examen a mis en évidence une sémiologie dépressive présente depuis quelques semaines et comprenant trois éléments du syndrome dépressif (baisse de l'humeur, de l'énergie et du plaisir) avec des manifestations subjectives et objectives (tristesse visible, ralentissement moteur et vocal). La composante anxieuse est en outre évidente et même au premier plan du tableau clinique à l'heure actuelle. L'anxiété est présente depuis longtemps sous forme d'une angoisse d'abandon et prend plusieurs formes selon les moments : tantôt diffuse (anxiété généralisée), tantôt aiguë (paniques), sur le mode de l'agoraphobie et celui de la phobie sociale, avec un évitement massif de l'exposition au regard des autres. A cet égard, l'expert relève que l'examen d'expertise était visiblement un stress social majeur pour l'expertisée, du fait de la confrontation à une figure d'autorité. Sa phobie sociale s'est clairement manifestée (elle se cachait le visage sous sa casquette et ses lunettes noires). Ainsi, selon l'expert, l'anxiété était objectivable. Quant au rapport d'examen psychiatrique du Dr E\_\_\_\_\_, l'expert relève qu'il arrive à peu près aux mêmes conclusions diagnostiques, sauf en ce qui concerne le diagnostic d'épisode dépressif et celui de trouble anxieux. Selon l'expert, l'explication la plus probable à ces différences est que l'état de la recourante a dû s'aggraver depuis mai 2007, date de l'examen du SMR. En ce qui concerne les limitations dans l'activité

professionnelle, elles tiennent à la fragilité de l'état émotionnel. A cet égard, l'expert fait observer que devoir faire face à un employeur, des collègues ou des clients doit représenter un stress social au moins aussi important que celui de s'entretenir avec un expert psychiatre. Au vu du comportement d'évitement social massif adopté par la recourante, il est probable qu'une exposition forcée à des stimuli sociaux importants provoque chez elle une anxiété sévère, incompatible avec des performances, le rendement et l'endurance attendus d'un employé. L'état émotionnel perturbé altère aussi ses fonctions cognitives et la dépression renforce les limitations liées à la phobie sociale. Celle-ci constitue d'ailleurs la limitation principale. La dysthymie, l'abus d'alcool et le trouble alimentaire ne sont pas incapacitants. Il en va de même du trouble de la personnalité en soi. S'agissant de l'appréciation rétroactive des limitations fonctionnelles, l'expert estime qu'il est probable qu'elles existent depuis de nombreuses années, mais que leur importance a dû varier en fonction des fluctuations de l'anxiété et de la dépression. La phobie sociale semble s'être aggravée ces dernières années entraînant un rempli social de plus en plus massif. Dès lors que la composante anxieuse des troubles n'a pas paru majeure au Dr E\_\_\_\_\_ en mai 2007, mais que le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé son importance et son caractère incapacitant en janvier 2008, l'expert propose de faire débiter l'incapacité de travail à cette date. Dans le pronostic, l'expert relève qu'on peut espérer un amendement au moins partiel de l'épisode dépressif dans les semaines et mois qui viennent. Le pronostic est cependant moins bon pour la phobie sociale, dès lors qu'elle est relativement sévère et difficile à traiter. L'expert n'exclut pas non plus que la phobie sociale ait commencé il y a bien longtemps et a pris de l'ampleur ces dernières années du fait que l'expertisée a réussi en bonne partie à s'abstenir de consommer de l'alcool. Les éléments structurels sur lesquels cette phobie repose (mauvaise estime de soi et caractère dépendant lié au trouble de la personnalité) sont très difficiles à modifier par un traitement. A cela s'ajoute que la recourante a adopté un comportement d'évitement social massif. Enfin, il y a eu un rebondissement récent concernant les circonstances de sa naissance.

18. Dans son avis médical du 11 août 2009, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne, se détermine sur l'expertise judiciaire. Il admet que l'expertise est complète, comprend une discussion des pièces mises à disposition, un relevé des plaintes, de la situation sociale, des antécédents psychiatriques, de l'activité professionnelle et du traitement psychiatrique en cours, ainsi qu'un status psychique, des examens de laboratoire et une synthèse des données. Toutefois, dès lors qu'il y a divergence entre experts, le Dr H\_\_\_\_\_ estime qu'il y a lieu de se référer à la CIM-10. Compte tenu de la description qui y est faite de la phobie sociale, le médecin du SMR considère que ce diagnostic est peu compatible avec l'activité de danseuse et d'entraîneuse dans un bar à champagne que la recourante a exercée. Par ailleurs, les patients présentant une phobie sociale sévère pouvant justifier une invalidité auront des difficultés à prendre le train, voire à travailler. Or, la recourante était venue au SMR en train, seule, et est décrite comme collaborante

par le Dr E\_\_\_\_\_. Lors de l'examen par ce dernier médecin, elle était capable de faire régulièrement des courses trois fois par semaine, de voir une amie de 72 ans régulièrement, de participer à un travail de bénévole, à raison de trois heures toutes les deux semaines, ce qui n'est pas compatible avec la constatation d'une conduite d'évitement ni d'un isolement social presque total. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, la CIM-10 ne permet pas de démontrer autre chose qu'un trouble borderline, lequel n'est pas décompensé, ainsi qu'une dysthymie ayant pu évoluer en un épisode dépressif de qualité moyenne. Ce dernier trouble peut être qualifié de réactionnel et est susceptible de répondre à un traitement psychiatrique bien conduit. Quant au fait que l'expert rattache la consommation d'alcool à la phobie sociale, le Dr H\_\_\_\_\_ rappelle qu'elle est typique du trouble de la personnalité borderline, dans lequel elle constitue un facteur classique d'étayage.

19. Par écritures du 1<sup>er</sup> septembre 2009, la recourante manifeste son accord avec les conclusions de l'expertise judiciaire.
20. Dans sa détermination du 15 septembre 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions, en faisant siennes les considérations du Dr H\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 11 août 2009.
21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au moment où la décision litigieuse a été rendue, à savoir le 18 septembre 2008.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

5. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

b) Aux termes de l'art. 29 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA; let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA; let. b).

La cinquième révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance 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 (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C\_373/08, consid. 2.1).

6. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire par le Dr G\_\_\_\_\_. Comme l'admet également le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR, cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante, même si ce dernier médecin n'est pas convaincu par ses conclusions.

Selon le Dr G\_\_\_\_\_, la capacité de travail de la recourante est nulle depuis en tout cas janvier 2008, en raison essentiellement d'une phobie sociale, à laquelle s'ajoute un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et une dysthymie, une dépendance à l'alcool, une utilisation épisodique, et un trouble de l'alimentation, sans précision. Ces diagnostics correspondent en grande partie à ceux posés par le Dr F\_\_\_\_\_. Cependant, ils ne sont partagés qu'en partie par le Dr E\_\_\_\_\_ du SMR, lequel n'a notamment pas posé le diagnostic d'épisode dépressif, d'anxiété généralisée, de trouble phobique et de trouble panique. Selon l'expert judiciaire, cela pourrait s'expliquer par le fait que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis l'examen par le SMR en mai 2007, raison pour laquelle il propose de reconnaître une incapacité de travail totale de la recourante à partir du moment où elle est en traitement chez le Dr F\_\_\_\_\_, à savoir depuis janvier 2008.

Cependant, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR n'est pas convaincu par le diagnostic de phobie sociale posé par l'expert judiciaire et relève que ce diagnostic n'est pas compatible avec les activités professionnelles exercées par la recourante dans le passé, à savoir celles de danseuse et d'entraîneuse dans un bar à champagne. Par ailleurs, la recourante était capable de venir à l'examen du SMR en train et non accompagnée. Elle était en outre décrite comme collaborante par le Dr E\_\_\_\_\_. Ses occupations quotidiennes sont également en contradiction avec un tel diagnostic.

En premier lieu, il n'est pas exclu que l'expertise judiciaire repose sur un examen clinique plus approfondi que celui auquel a procédé le Dr E\_\_\_\_\_. En effet, l'expert a vu la recourante à deux entretiens de 75 minutes en son cabinet (cf. p. 10 de l'expertise), alors que le Dr E\_\_\_\_\_ n'a eu qu'un seul entretien de 75 minutes avec elle (cf. p. 3 du rapport d'examen du SMR). L'expert a aussi eu un contact téléphonique avec son psychiatre traitant, le Dr F\_\_\_\_\_. Les diagnostics posés par l'expert sont en outre étayés par les constatations objectives. Ainsi, il relève que la recourante gardait le visage partiellement caché sous la visière d'une casquette et des verres de lunettes de soleil. S'il est vrai que la collaboration était bonne lors de l'expertise, le discours était assez décousu et mal structuré, selon l'expert. L'anamnèse était rendue difficile par l'émergence de bouffées anxieuses et de pleurs à l'évocation de souvenirs pénibles. Il est à cet égard à rappeler que le Dr E\_\_\_\_\_ a également fait état de pleurs au cours de l'examen (p. 3 de l'examen psychiatrique du SMR, sous status psychiatrique). Concernant les fonctions cognitives, l'expert constate que les informations manquent de précision chronologique. Le flou et encore plus prononcée lorsqu'il s'agit de faits émotionnellement sensibles. L'expertisée paraît par ailleurs fatigable intellectuellement et émotionnellement et son attention fléchit à la fin des deux séances d'entretien. Sur la base de l'expression triste du visage, des pleurs fréquents, la rareté des mouvements spontanés (ralentissement moteur) et à la voix monotone, peu timbrée et avec peu d'informations (ralentissement vocal), il constate que l'humeur paraît assez basse. La triade cognitive de Beck est bien présente. Quant à l'anxiété, l'expert déclare que l'expertisée est visiblement anxieuse, au vu de la présence de tremblements fins des extrémités, d'une voix souvent nouée, par moment de l'incapacité de terminer une phrase évoquant un sujet sensible. Parfois, la respiration est accélérée et il y a une moiteur froide des mains. A cela s'ajoute un comportement d'évitement social massif depuis des années. Quant aux constatations de la vie quotidienne, celles du Dr G\_\_\_\_\_ sont tout à fait compatibles avec les éléments relevés par le Dr E\_\_\_\_\_. Il est vrai que la recourante est encore capable de s'occuper de son ménage, qu'elle prépare, irrégulièrement, ses repas et fait ses courses dans les supermarchés trois fois par semaine, comme relevé par ce dernier médecin. Celui-ci admet aussi qu'elle ne sort quasiment plus de chez elle et que son seul contact se limite à une amie et aux personnes de Caritas où elle exerce une activité bénévole. Le Dr G\_\_\_\_\_ précise cependant la vie quotidienne, en

ajoutant que l'expertisée prépare peu de repas, car elle n'a pas envie ni de préparer ni de manger un vrai repas. Par contre, elle grignote toute la journée, sauf dans les périodes d'anorexie. Elle fait ses commissions très tôt le matin pour rencontrer le moins de monde possible. Le week-end, elle reste enfermée chez elle. Quant au seul ami, c'est lui qui passe la voir de temps en temps. Elle n'a plus de contact avec sa famille depuis des années, à part quelques rares téléphones avec son frère et sa sœur.

L'expert explique enfin qu'il est possible que la phobie sociale ait précisément pris de l'ampleur ces dernières années du fait que la recourante a réussi en bonne partie à s'abstenir de consommer de l'alcool, substance qui est le meilleur remède à court terme pour lutter contre l'anxiété sociale. Il convient dès lors d'admettre une aggravation de ce trouble, ce qui explique que la recourante ait pu néanmoins exercer dans le passé, avec l'aide de l'alcool, des professions telles que danseuse et entraîneuse dans un bar de champagne. Ces activités professionnelles ne sont donc pas incompatibles avec le diagnostic de phobie sociale posée aujourd'hui par l'expert judiciaire.

Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans estime que les conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, lesquelles correspondent de surcroît en large partie à celles du médecin traitant, sont convaincantes et s'y rallie. Il admet ainsi une incapacité de travail totale.

8. En ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, la recourante a manifesté son accord avec l'expertise, par écritures du 1<sup>er</sup> septembre 2009. Partant, il y a lieu d'admettre qu'elle est en incapacité totale de travailler au plus tard depuis janvier 2008. Elle remplit dès lors les conditions légales pour bénéficier d'une rente entière à partir de janvier 2009, soit une année après le début de l'incapacité de travail. Il sied par ailleurs de constater que plus de six mois se sont écoulés depuis le dépôt de la demande de prestations en date du 4 septembre 2004.

Cela étant, il conviendrait en principe de constater qu'au moment de la décision du 18 septembre 2008, la recourante ne remplissait pas encore les conditions légales pour l'octroi d'une rente d'invalidité.

Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, soit le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

En l'espèce, la question de la capacité de travail après le 18 septembre 2008 concerne le même contexte de fait. L'intimé a par ailleurs eu la possibilité de

s'exprimer à ce sujet, en se déterminant sur l'expertise. Partant, il y a lieu d'étendre l'objet du litige encore au droit aux prestations après que la décision litigieuse ait été rendue.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis.
10. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé qui succombe.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 18 septembre 2008.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière à compter de janvier 2009.
5. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis 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); 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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