

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3778/2018

ATAS/748/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née le _____ 1994, a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en date du 15 novembre 2016, via l'Hospice général. Le formulaire d'annonce mentionne comme motif de signalement des problèmes psychologiques. Une attestation de la doctoresse B_____, FMH médecine interne, médecin adjointe et médecin communautaire au département de l'enfant et de l'adolescent, service de pédiatrie générale l'Unité Santé Jeunes des HUG, du 28 octobre 2016, confirmait que l'assurée était suivie par ce service depuis septembre 2015. Cette praticienne indiquait que la patiente présentait, depuis qu'elle la connaissait, des troubles de santé empêchant une activité professionnelle ou la reprise d'une formation professionnelle sans un encadrement adapté. Un certificat médical du même jour, de ce même médecin, indiquait que la patiente s'était présentée le 21 octobre 2016 en consultation: son état de santé nécessitait un arrêt de travail à 100 % du 1^{er} septembre au 31 octobre 2016; celui-ci sera prolongé par la suite.
2. Par courrier du 21 novembre 2016, l'OAI, s'adressant à l'assurée, a accusé réception de la communication de détection précoce susmentionnée. Il arrivait à la conclusion que le dépôt d'une demande de prestations était nécessaire. Il l'a invitée à le faire dans les 30 jours au moyen du formulaire annexé.
3. L'assurée a déposé cette demande auprès de l'OAI, en date du 30 novembre 2016. Elle indiquait être suivie par la Dresse B_____. Sa demande de prestations relevait de la maladie. Elle était suivie d'une part par le service de pédiatrie générale Unité Santé Jeunes (ci-après : USJ) des HUG (Dresse B_____), depuis septembre 2015 pour troubles psychologiques, et d'autre part par l'Hospice général (ci-après : l'hospice).
4. En réponse à une demande d'évaluation médicale par le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la Dresse B_____ a indiqué par courrier du 20 mars 2017 que l'assurée souffrait de troubles psychiques sévères depuis l'adolescence, cette atteinte à la santé étant incapacitante. C'est la raison pour laquelle elle n'avait jamais terminé de formation. Elle précisait qu'en tant que médecin généraliste elle ne pouvait pas ajouter plus de détails diagnostics ou pronostics.
5. Le SMR (Dresse C_____) a émis un nouvel avis en date du 24 octobre 2017. Au vu des réponses peu précises de la Dresse B_____, il était nécessaire de déterminer le diagnostic psychiatrique exact retenu et les limitations fonctionnelles (ci-après : LF), afin de connaître l'encadrement approprié nécessaire à cette assurée. Le SMR a dès lors insisté une nouvelle fois auprès du médecin traitant, en sollicitant : l'énumération des diagnostics précis selon la CIM 10, ainsi que l'indication des LF ; y avait-il un suivi psychiatrique, dans l'affirmative quel était le nom du psychiatre traitant ? Cette dernière question avait également été posée

directement à l'assurée par courrier du 25 octobre 2017. Cette dernière avait répondu par une note manuscrite enregistrée par l'OAI le 24 novembre 2017, par laquelle elle confirmait notamment être suivie sur le plan psychiatrique par le docteur D_____, FMH en médecine générale au CAAP Grand-Pré.

6. Par courrier du 21 novembre 2017, le gestionnaire de l'OAI a interpellé le secrétariat médical central de Belle-Idée sollicitant l'établissement d'un status psychiatrique détaillé (anamnèse et constatations objectives), et, sur le plan strictement psychiatrique, la description précise des atteintes à la santé retenues comme incapacitantes au sens de la CIM 10, et depuis quand ces atteintes étaient la cause d'une incapacité de travail; même question pour les atteintes à la santé non incapacitantes; détailler les limitations fonctionnelles; évolution de l'état de santé de la patiente depuis le début de la prise en charge; description des traitements, et observance thérapeutique; capacité de travail (ci-après : CT) dans une activité strictement adaptée aux LF, et depuis quelle date l'adaptation était-elle possible; si aucune CT résiduelle ne devait être retenue, argumenter la réponse.
7. Le Dr D_____ - a répondu par courrier du 28 décembre 2017: il avait rencontré la patiente le 20 novembre 2017 lors d'une consultation durant laquelle cette dernière n'évoquait pas de plainte particulière, mais souhaitait poursuivre son traitement au sein du Grand-Pré. Les atteintes à la santé retenues comme incapacitantes étaient : consommation d'alcool, consommation d'autres substances toxiques (cocaïne, THC, MDMA); il ne pouvait pas préciser dès quelle date ces atteintes étaient incapacitantes, mais probablement dès juillet 2017 à son arrivée aux urgences.
8. Le SMR (Dresses E_____ et F_____) a rendu son rapport final le 7 août 2018. Il relève que l'assurée avait bénéficié d'une formation scolaire spécialisée (financée par l'assurance-invalidité) à l'âge de 10 ans dans le cadre d'une dyslexie et d'une dysorthographe. Suivie depuis 2015 par la Dresse B_____, cette dernière, bien qu'interpellée après un premier rapport, ne précisait toujours pas le diagnostic retenu selon la CIM 10, évoquant des difficultés d'apprentissage et de gestion des émotions et renvoyant au psychiatre. Lors de la consultation de psychiatrie du 20 novembre 2017, l'assurée n'évoquait pas de plainte particulière mais souhaitait poursuivre son traitement au Grand-Pré (service d'addictologie). Le Dr D_____ n'évoquait pas de troubles psychiques sévères mais plutôt une addiction à l'alcool et à d'autres substances toxiques (cocaïne, THC, MDMA), ayant selon lui un impact sur la CT. Le SMR conclut que l'assurée présente une toxicomanie primaire, qui ne peut être reconnue comme incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. La CT de l'assurée était entière dans toute activité et ceci depuis toujours, dans toute activité. Le début de l'aptitude à la réadaptation, les LF et l'exigibilité du traitement n'étaient pas d'actualité.
9. Par courrier du 30 août 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de rejet de la demande.

10. Par courrier du 18 septembre 2018, reçu le 21 septembre 2018 par l'OAI, l'assurée a indiqué être détenue à la prison de Lonay (Morges), depuis le 26 avril 2018, sa libération conditionnelle étant prévue pour le 28 novembre 2018. Elle indiquait ne bénéficier actuellement d'aucune autre aide que celles de la prison et de ses médecins en prison et à l'extérieur. Elle était malade, diagnostiquée borderline. Elle avait été hospitalisée à Belle-Idée en septembre – octobre 2017. Elle pensait vraiment ne pas avoir la capacité de travailler normalement. Elle devait réapprendre à se réinsérer dans la société, dans une vie normale, et cela ne lui faisait pas du tout peur. Elle était actuellement en formation de secrétaire médicale par correspondance. Elle était néanmoins prête à suivre une formation par le biais de l'AI. Elle ne sollicitait pas de prestations à vie mais seulement pour un certain temps, pour pouvoir se remettre sur pied et se stabiliser. Elle adressait notamment copie de ce courrier à son psychiatre (Dr D_____) et au CAAP Grand-Pré.
11. Par décision du 10 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande, confirmant les termes du projet de décision susmentionné.
12. Par courrier du 26 octobre 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle confirmait les explications données dans son courrier de contestation du projet de décision, au sujet de sa situation actuelle (exécution de peine jusqu'à fin novembre 2018). Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision du 10 octobre 2018, expliquant être une personne responsable, également suivie par un centre d'addictologie par un psychiatre et une infirmière. Elle bénéficie d'un lourd traitement chaque jour (Tranxilium 60mg), auquel il lui sera rajouté de l'antabuse, pour l'aider à tenir; après avoir tout perdu, elle avait maintenant réussi à se remettre à jour, avait trouvé un logement et un projet objectif pour pouvoir sortir de prison. Elle était diagnostiquée borderline, et maladie de l'alcool. Sa demande de prestations AI avait été faite par des gens de l'hospice, en 2017, car ils estimaient qu'elle avait besoin de l'aide de l'OAI. Elle avait attendu mais n'avait jamais obtenu de rendez-vous avec l'OAI. Pour le reste, elle a repris son argumentation précédente.
13. Par courrier du 26 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. En substance, à l'examen des pièces médicales fournies, le SMR constate en l'occurrence que la recourante présente une toxicomanie primaire. Les médecins questionnés durant l'instruction ne font par ailleurs pas état d'éléments objectifs suffisants permettant d'admettre l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante. En l'absence d'une comorbidité à l'origine de la dépendance, présentant un degré de gravité ou d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de gain, les conditions posées pour la reconnaissance d'une invalidité ne sont donc pas réunies. Les éléments apportés dans le cadre du recours ne permettent pas une appréciation différente du cas.
14. Par courrier du 28 novembre 2018, après avoir eu confirmation de la libération conditionnelle de la recourante – le jour-même -, par l'établissement où elle était détenue, la chambre de céans a adressé à la recourante une convocation à une

audience de comparution personnelle fixée au 14 janvier 2019, sollicitant de sa part, dans l'intervalle, des rapports médicaux détaillés de son médecin traitant généraliste ainsi que du psychiatre qui devait désormais la prendre en charge.

15. Le 14 janvier 2019, la chambre de céans siégeant en audience de comparution personnelle, a constaté, à 14h20, que la recourante, dûment convoquée à 14 heures était absente, non excusée. L'OAI a persisté dans ses conclusions et la cause a été gardée à juger.
16. Par courrier du 15 janvier 2019, la chambre de céans a communiqué à la recourante la copie du procès-verbal d'audience, lui rappelant qu'elle n'y avait été ni présente ni excusée, lui confirmant que la cause était gardée à juger.
17. La recourante ne s'est plus manifestée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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).

3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines 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 467 consid. 1 et les références).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement de savoir si l'OAI, considérant que le cas de l'assurée, dépendante de la consommation de substances illicites et d'alcoolisme primaires, avait à juste titre rejeté la demande de prestations, au motif que l'atteinte à la santé ne relevait pas de l'assurance-invalidité.
6. 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie

(ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

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

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnelle » (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).

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

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable

compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin

examineur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

c. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

8. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de

gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 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; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
11. 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 125V 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).
12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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

13. En l'espèce, l'OAI a entrepris les investigations nécessaires pour l'instruction médicale du dossier, interpellant tour à tour la Dresse B_____ et le médecin qui la suivait sur le plan psychiatrique au CAAP Grand-Pré. La Dresse B_____ ne pouvant donner d'autres précisions que ses indications précédentes qui, insuffisantes de l'avis du SMR, avaient motivé la demande de renseignements complémentaires par le service médical de l'AI, s'est dite incompétente pour se prononcer sur les diagnostics psychiatriques, a renvoyé l'OAI au psychiatre. Ce dernier a clairement indiqué que lorsqu'il avait rencontré la patiente en dernier lieu le 20 novembre 2017 lors d'une consultation, la patiente n'évoquait pas de plainte particulière ne souhaitait que poursuivre son traitement au sein du Grand-Pré; sur le plan strictement psychiatrique, les seules atteintes à la santé que le Dr D_____ retenait comme incapacitantes (avec un impact sur la capacité de travail) en termes de classification CIM 10 étaient la dépendance à la consommation d'alcool, ainsi qu'à la consommation d'autres substances toxiques (cocaïne, THC, MDMA). Le SMR a ainsi abouti, sur la base des renseignements fournis par le Dr D_____, à la conclusion que lesdites dépendances et leurs effets sur la CT ne relevant pas de l'assurance-invalidité, la CT était entière dans toute activité, depuis toujours.

De son côté, la recourante a expliqué les difficultés qu'elle avait rencontrées, notamment eu égard à ses démêlés avec la justice pénale, qui avait entraîné une incarcération pour exécution de diverses peines, pendant une bonne partie de l'année 2018. Elle explique notamment qu'après avoir "tout"perdu, elle avait pu se remettre à jour ; elle avait retrouvé un appartement et un projet objectif pour pouvoir sortir de prison ; elle suivait également une formation d'assistante médicale par correspondance ; dans la perspective de sa libération conditionnelle, elle aurait besoin d'une aide d'une personne du service de probation (SPI), et avait entrepris les démarches nécessaires pour assurer son suivi et son soutien à la réinsertion sociale dès sa sortie de prison. Ses attentes par rapport à l'OAI sont d'ordre financier : elle souhaite que l'OAI lui apporte son soutien, non pas à vie, mais seulement pour un certain temps, pour pouvoir se remettre sur pied et se stabiliser. Elle indique encore dans son recours « avoir été diagnostiquée borderline et malade de l'alcool ».

Il y a dès lors lieu d'examiner si les renseignements médicaux recueillis, et sur la base desquels le SMR s'est prononcé, conduisant l'OAI à nier tout droit à des prestations, dès lors que selon son service médical les diagnostics retenus ne relèvent pas de l'assurance-invalidité, justifiaient une telle conclusion.

Certes, les renseignements médicaux obtenus, en particulier sur le plan psychiatrique, peuvent paraître relativement sommaires. Ils émanent toutefois d'un médecin pratiquant auprès d'une unité spécialisée en matière d'addictologie, dépendant du département de psychiatrie des HUG; le Dr D_____ ne retenant comme diagnostics incapacitants que ceux de consommation d'alcool et d'autres substances toxiques. Or, à teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Comme rappelé précédemment, 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.

Dans le cas d'espèce toutefois, force est d'une part de constater que le spécialiste traitant l'intéressée dans le cadre de son suivi dans un centre des addictions n'a retenu aucune comorbidité psychiatrique venant s'ajouter aux dépendances à l'alcool et autres substances toxiques. Or, si tel avait été le cas, ce médecin, au degré de la vraisemblance prépondérante, n'aurait pas manqué de mettre en évidence une telle comorbidité. Pour pouvoir en effet traiter de telles addictions,

les médecins œuvrant dans les centres spécialisés ne peuvent agir avec efficacité sans avoir analysé avec précision les causes et les conséquences de ces addictions. La négation de toute comorbidité psychiatrique, dans ce contexte, paraît également corroborée par le fait que l'assurée, - qui a subi une incarcération d'une certaine durée pour l'exécution de peines de prison -, explique que désormais elle va mieux, qu'elle a fait beaucoup d'efforts en prison, travaillé, respecté les gens, les lieux etc. Elle a hâte de sortir pour prouver qu'elle est capable de s'en sortir ; elle n'a pas peur de la sortie, où elle trouvera le soutien de son père et d'autres personnes pour reprendre confiance. Elle a des projets auxquels elle tient (elle a du reste entrepris une formation d'assistante médicale par correspondance pendant sa période carcérale) et tient à prouver qu'elle est capable de s'en sortir. Ainsi, conformément aux principes précédemment rappelés, il semble bien que les signes et symptômes psychiatriques se soient en effet amendés spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui ont suivi le sevrage, soit dès son incarcération. L'expérience montre certes qu'il n'est pas simple de mettre un terme à de telles dépendances, ce dont la recourante semble être consciente; ce qui paraît d'ailleurs illustré par le fait que quelques temps à peine après sa sortie, bien que régulièrement convoquée à l'audience de comparution personnelle des parties devant la chambre de céans, elle ne s'y soit pas présentée, sans excuse, et n'ait pas davantage réagi à réception du procès-verbal d'audience. C'est sans doute la raison pour laquelle elle recherche aide et soutien. Mais la question à résoudre ici ne tient pas tant à la difficulté de se libérer à long terme d'une ou de plusieurs dépendances, comme dans le cas d'espèce, mais bien plutôt à déterminer si l'on se trouve effectivement dans un cas de dépendance primaire, au sens de la jurisprudence précédemment citée.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il faut retenir dans le cas particulier, avec le psychiatre traitant et le SMR, que l'on se trouve bien en présence de dépendances primaires.

a. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, valable jusqu'à peu, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle jouait un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuisait à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui avait valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Dans un arrêt du 11 juillet 2019, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a expliqué que cette jurisprudence partait du principe que l'assuré, souffrant de dépendance, avait provoqué lui-même fautivement cet état et qu'il aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de la consommation de substances et s'en détourner ou à tout le moins entreprendre une thérapie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 4.2 et la

référence). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances (« Substanzkonsumstörungen »), diagnostiqués en bonne et due forme, ne sauraient se voir dénier d'emblée toute pertinence sous l'angle de l'assurance-invalidité mais doivent être considérés comme d'autres atteintes à la santé psychique pouvant entraîner une invalidité (arrêt 9C_724/2018 précité, consid. 5.3.3 et 6). Dès lors qu'il n'existe pas, en matière de syndromes de dépendance – comme pour la plupart des maladies (ATF 140 V 193 consid. 3.1) – de relation directe entre le diagnostic posé et l'incapacité de travail, respectivement l'invalidité, il est nécessaire de constater médicalement les conséquences de l'atteinte à la santé sur les possibilités de gain dans chaque cas particulier (art. 7 al. 2 LPG A ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019, consid. 6.1 et la référence à l'ATF 143 V 409 consid. 4.2.1). Dans l'ATF 143 V 409, auquel se réfère l'arrêt du 11 juillet 2019 précité, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en cas de troubles psychiques comme suit : la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). Et, depuis le revirement jurisprudentiel opéré le 11 juillet 2019, cette même procédure structurée d'administration des preuves s'applique également aux syndromes de dépendance et troubles liés à la consommation de substances, sans qu'il y ait lieu de faire de distinction entre leur caractère primaire ou secondaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7 et 8.1).

b. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'applique immédiatement et vaut pour tous les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2).

c. En l'espèce, la décision entreprise est fondée sur l'avis du SMR du 7 août 2018. Le SMR y relève que l'assurée avait bénéficié d'une formation scolaire spécialisée (financée par l'assurance-invalidité) à l'âge de 10 ans dans le cadre d'une dyslexie et d'une dysorthographe. Suivie depuis 2015 par la Dresse B_____, cette dernière, bien qu'interpellée après un premier rapport, ne précisait toujours pas le diagnostic retenu selon la CIM 10, évoquant des difficultés d'apprentissage et de gestion des émotions et renvoyant au psychiatre. Lors de la consultation de psychiatrie du 20 novembre 2017, l'assurée n'évoquait pas de plainte particulière mais souhaitait poursuivre son traitement au Grand-Pré (service d'addictologie). Le Dr D_____ n'évoquait pas de troubles psychiques sévères mais plutôt une addiction à l'alcool et à d'autres substances toxiques (cocaïne, THC, MDMA), ayant selon lui un impact sur la CT. Le SMR conclut ainsi que l'assurée présente une toxicomanie primaire, qui ne peut être reconnue comme incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, et

en déduit dès lors que CT de l'assurée était entière dans toute activité et ceci depuis toujours, dans toute activité. Le début de l'aptitude à la réadaptation, les LF et l'exigibilité du traitement n'étaient pas d'actualité.

Une telle conclusion, ayant conduit au rejet de la demande, ne saurait ainsi être maintenue, compte tenu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, au terme de laquelle la Haute cour retient au final qu'en résumé, compte tenu des arrêts plus récents de la Cour fédérale et après un examen approfondi des conclusions de la médecine, il existe des raisons suffisamment importantes pour abandonner les arrêts antérieurs selon lesquels les syndromes de dépendance primaire ou les troubles de consommation de substances ne peuvent constituer à l'avance des dommages pour la santé relevant du droit de l'assurance invalidité et leurs effets fonctionnels ne nécessitent donc pas de clarification supplémentaire. Comme pour toutes les autres maladies mentales, (... les organes cantonaux d'application de l'assurance-invalidité doivent), conformément à la procédure de preuve structurée, déterminer si et, dans l'affirmative, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste affecte la capacité de la personne assurée à travailler dans des cas individuels. Pour des raisons de proportionnalité, une procédure de preuve structurée peut au moins être supprimée lorsque cela n'est pas nécessaire ou approprié. Il n'est donc pas nécessaire, par exemple, qu'il n'y ait pas d'indices d'une incapacité - plus longue (art. 28 al. 1 let. b IVG) - de travailler selon le dossier existant ou qu'une telle incapacité soit refusée de manière compréhensible et motivée dans le cadre de rapports médicaux spécialisés valables en termes de preuves et qu'aucune valeur probante ne puisse être attribuée à toute évaluation contraire pour manque de qualification médicale spécialisée ou pour toute autre raison [BGE 143 V 409 E. 4,5,3 p.417] (9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid.7).

Au vu de ce qui précède, le dossier sera donc retourné à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction médicale, au besoin au moyen d'une expertise psychiatrique confiée à un médecin indépendant, - lequel devra procéder à un examen structuré au sens de la jurisprudence susmentionnée -, ceci après que l'intimé ait dûment interpellé les médecins traitants de l'assurée, soit en particulier le Dr D_____, respectivement le ou les médecins, notamment psychiatre, suivant l'intéressée au CAAP Grand-Pré ou tout autre centre d'addiction, s'il y avait lieu, pour solliciter de leur part un rapport actualisé, portant notamment sur la question de savoir si une thérapie d'addiction a été mise en place depuis la sortie de prison de l'intéressée, et dans l'affirmative si celle-ci est suivie de manière conforme par la patiente, en indiquant de manière précise l'incidence de la toxicomanie sur la capacité de travail de l'intéressée, en chiffrant celle-ci en pourcentage, décrivant en outre les éventuelles limitations fonctionnelles induites, le pronostic, en particulier la question de savoir si la poursuite diligente de cette thérapie est susceptible d'améliorer à terme la capacité de travail de l'intéressée.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision de l'OAI du 10 octobre 2018 étant annulée, et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, et nouvelle décision.
15. Étant donné que la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de mettre à la charge de l'intimé un émolument de CHF 200.-, montant minimum de la fourchette légale prévue à cet effet (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 10 octobre 2018, et retourné la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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