



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4043/2018

ATAS/1036/2019

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

**Arrêt du 12 novembre 2019**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CONFIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ.

recourante

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1967, ressortissante française, mariée, est domiciliée en Suisse depuis octobre 2014. Elle a deux enfants, nés de précédentes unions, soit une fille, B\_\_\_\_\_, née en 1996, qui vit en France, et C\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 2005, qui vit avec elle.
2. En date du 30 mars 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). L'atteinte à la santé relevait de la maladie, soit : épilepsie et état dépressif "++", côtes cassées et ressoudées de travers provoquant des souffrances physiques "++". Elle était en arrêt de travail pour raison médicale dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015. Son médecin traitant était le docteur D\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne générale.
3. Par courrier du 13 avril 2017 le Dr D\_\_\_\_\_, en réponse à une demande de renseignements de l'OAI, a précisé que la patiente présentait, dans ses antécédents, un cancer du sein actuellement sous contrôle. Elle souffrait toutefois des douleurs thoraciques résiduelles. Elle était par ailleurs atteinte de problèmes anxiodépressifs récurrents à la suite d'une relation conflictuelle dans le couple et d'une précarité sociale. Elle décrivait des épisodes de lipothymie à caractère épileptiforme suite à des chocs émotionnels. Sa relation de couple était extrêmement perturbée par une consommation épisodique d'alcool et de drogue des deux côtés. Actuellement, la situation semblait s'améliorer tranquillement. La patiente n'avait plus fait de crises aiguës de panique ni de lipothymie. Elle restait toutefois psychologiquement très fragile et était pour l'instant incapable d'accomplir un travail physique. Avec un soutien social et psychologique elle était capable de travailler dans la vente et dans les soins aux personnes âgées par exemple. Elle était très attirée par les métiers d'art. Elle était en revanche incapable d'exercer une profession nécessitant l'utilisation de la force. Ces problèmes durent depuis au moins cinq ans. Il la voyait personnellement une fois par mois pour un soutien psychologique.
4. Dans un avis du 2 mai 2017, le service médical régional (SMR) a retenu que l'assurée était connue pour un cancer du sein droit traité par mastectomie droite et curetage axillaire en 2013. Selon le médecin traitant l'état de fatigue lié au cancer du sein rendait l'assurée incapable de travailler jusqu'en décembre 2015. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, l'assurée présentait des troubles anxiodépressifs réactionnels à une relation de couple conflictuelle et à une précarité sociale. Le médecin traitant décrivait une amélioration et attestait que l'assurée était capable de travailler dans une activité ne nécessitant pas de la force. L'activité habituelle de thérapeute corporelle est une activité adaptée, raisonnablement exigible sur le plan médical. L'atteinte psychique n'est pas incapacitante. L'assurée est une ressortissante française arrivée en Suisse en octobre 2014, qui déclarait être en arrêt de travail depuis décembre 2015. Elle n'a jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse, elle coticse comme une personne non active.

5. Par projet de décision du 17 mai 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.
6. L'assurée a contesté ce projet, par courrier non daté mais reçu par l'OAI le 19 juin 2017. Elle indique recourir pour l'étude de son dossier AI et joint à son courrier le rapport médical de la doctoresse E\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie (exerçant auprès de « \_\_\_\_\_ »), psychiatre traitante de l'assurée.
7. Dans un courrier du 15 juin 2017 la Dresse E\_\_\_\_\_ indique avoir reçu l'assurée à sa consultation le 14 juin 2017, dans le cadre d'une évaluation psychiatrique. Son état actuel de santé psychique nécessite une prise en charge soutenue, incluant à court terme une hospitalisation pour mise en place d'un cadre thérapeutique soutenu, introduction d'une pharmacothérapie adéquate ainsi que son maintien. Status psychiatrique complet: présentation correcte, hygiène négligée. Pas de troubles de la conscience, orientation conservée aux quatre modes, attention sans particularité (sp), concentration altérée. Pensée accélérée et circonstanciée, idées envahissantes et ruminations anxieuses concernant les manipulations dont elle serait victime. Pas de troubles de la lignée psychotique, pas de troubles du Moi. Troubles de l'élan vital, thymie basse, affects labiles congruents à l'humeur avec multiples pleurs au cours de l'entretien ; perte d'espoir sévère ; aboulie et anhédonie. Anxiété éprouvée et observée ; sentiment de dévalorisation, de culpabilité, de ruine par moments ; antécédents de syncopes lors de raptus anxieux. Insomnies récurrentes avec réveil précoce ; phases d'inappétence alternant avec compulsions alimentaires. Présence d'idées noires voire suicidaires par moments ; antécédents d'automutilations. Intentionnalité faible (l'attachement à sa fille est un facteur protecteur); pas de projet scénarisé; environnement insécure (chantage affectifs rapportés de la part du mari, violences psychologiques récurrentes). Au total, elle retient les diagnostics suivants: trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), anxiété généralisée (F 41.1). Elle relève que cette patiente n'a pas reçu de traitement « lege artis » à ce jour. Elle considère important de constater l'évolution dans les semaines à venir et propose une nouvelle évaluation au cours du mois d'août 2017.
8. Dans un rapport du 26 juillet 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a ajouté qu'en plus de l'état dépressif, la recourante souffrait de douleurs thoraciques et d'épilepsie. Il a estimé la CT entre 25 et 50 % dans une activité de femme de ménage. Dans le cadre d'une activité adaptée, la CT était estimée à 50 %.
9. Par avis du 4 août 2017, le SMR a admis la plausibilité d'une aggravation. Il a cependant relevé une discordance entre l'évaluation de la Dresse E\_\_\_\_\_ et celle du Dr D\_\_\_\_\_. En effet, le médecin traitant parlait plutôt en faveur d'une amélioration psychique, tandis que la psychiatre consultée après le projet de décision atteste que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et une anxiété généralisée. Le SMR relevait toutefois que le status décrit était plutôt rassurant, avec l'absence d'idées suicidaires scénarisées. En conclusion, le SMR, afin de déterminer si cette aggravation était

notable et durable proposait à l'administration de poser à la psychiatre consultée les questions qu'il formulait en annexe à son rapport et à solliciter un rapport complémentaire au médecin traitant.

10. Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué voir la patiente une fois par mois pour des discussions informelles concernant son état psychologique et ses difficultés existentielles. La patiente n'arrivant pas à faire face à ses troubles psychologiques, présentait des sautes d'humeur importantes, des syncopes et des automutilations toutefois de moins en moins fréquentes; elle avait été adressée à un psychiatre, le docteur F\_\_\_\_\_ à Vézenaz. Elle souffrait également de douleurs musculosquelettiques résiduelles parfois très invalidantes.
11. Dans un rapport du 21 décembre 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé psychique de la patiente était stationnaire. La patiente avait été exposée à l'alcoolisme et aux violences domestiques de ses parents depuis son enfance, et aurait également été abusée sexuellement de l'âge de 6 ans, par son grand-père et d'autres personnes. Elle décrit en détail le status auquel elle a procédé le 20 décembre 2017. Le diagnostic retenu était celui d'un trouble dépressif récurrent et d'un épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32 3. 2), une anxiété généralisée (F 41. Un) ainsi que des troubles moteurs dissociatifs et des convulsions dissociatives (F 44.4 - 5) ; ces atteintes psychiatriques étaient à l'origine de l'incapacité totale de travail de la patiente, depuis le 12 juin 2017 au moins. La CT était de 0 % dans son poste habituel et de 20 à 50 % dans une activité adaptée à partir de janvier 2018. Elle retenait les limitations fonctionnelles suivantes : adaptabilité faible à de nouvelles situations, du fait d'un niveau d'anxiété important, résistance psychique fortement limitée globalement en particulier concernant des tâches complexes et demandant une attention/concentration soutenue. L'efficience globale est fluctuante du fait d'un niveau d'anxiété de fond relativement élevé, d'un ralentissement psychomoteur sur l'ensemble du nyctémère, d'un environnement socio-économique ainsi que relationnel insécure. En termes d'activité adaptée à ses possibilités, que la psychiatre retient comme possible, elle décrit une activité stimulante, avec peu de contraintes physiques (pas de port de charges lourdes par exemple), faible niveau de stress (séquentiabilité de tâches, travail auprès de particuliers ou groupes de faibles effectifs en moyenne 5 à 10 personnes), environnement bienveillant et leadership soutenant et à temps partiel.
12. Dans son avis du 28 mars 2018, le SMR a retenu que la problématique psychiatrique de l'assurée intervenait dans un "contexte de conflit de couple et de précarité sociale" et d'une " problématique addictive non mentionnée par le psychiatre traitant". Il a également estimé que le statut décrit ne correspondait pas à un épisode sévère mais tout au plus moyen, et que le rapport du psychiatre était contradictoire en termes de CT. Il a dès lors demandé la tenue d'une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée à la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

13. Dans une note statut du 3 mai 2018, l'OAI a indiqué que la méthode de calcul à retenir dans le taux d'invalidité de l'assurée était la méthode mixte (50 % - 50 %)
14. L'experte a rendu son rapport en date du 4 septembre 2018. L'expertise se fonde sur l'étude du dossier, un entretien d'expertise (3h30), un document transmis par l'assurée, les examens de laboratoires et l'avis du SMR du 28 mars 2018. L'experte a procédé à une anamnèse comportant les aspects familiaux, professionnels, sociaux, psychiatriques et/ou somatiques. Dans ce cadre, l'experte a notamment relevé et résumé les différents rapports médicaux figurant au dossier, les diagnostics retenus par les médecins consultés, et ses remarques personnelles par rapport à l'avis de ces médecins. Elle a également consigné le déroulement d'une journée type de l'expertisée, les traitements et suivis, les attentes de l'assurée (espère une rente) ainsi que les incohérences : elle a noté à ce sujet une absence de traitement médicamenteux « conventionnel » en contradiction avec le diagnostic d'état dépressif sévère, sans symptôme psychotique. Absence de dosage des toxiques (alcool et cannabis). Diagnostics: l'experte a retenu que l'assurée souffrait de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue depuis le jeune âge adulte (F10.25) [anamnestique]. La recourante présentait également des troubles mentaux liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F 12.25), depuis l'adolescence de façon récréative, mais une consommation plus importante depuis tout au moins 2010. L'experte a noté à ce sujet que les troubles de la lignée anxieuse se manifestant dans le cadre de la consommation de toxiques, les diagnostics sont biaisés soit par l'effet primaire des toxiques sur l'humeur de l'assurée, soit par les symptômes de sevrage avec lesquels ils peuvent être confondus. C'est pour cette raison que l'experte ne peut retenir actuellement le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1); et il en est de même pour le diagnostic F 44. 4-5. Elle souffrait encore d'un trouble anxieux (F 41.9) de degré léger à moyen ainsi que d'un épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.0). S'agissant de la CT, celle-ci a été estimée à 0 % dans l'activité habituelle de vendeuse et de 100 % dans l'activité de « thérapeute corporelle » ou d'une activité sans stress. L'experte s'est également prononcée par rapport à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité : elle relève à ce sujet que l'assurée a le même style de vie que depuis son jeune âge adulte. Elle présente moins de symptômes dépressifs depuis la séparation conjugale en 2016; elle gère son appartement et s'occupait de son fils mineur. Elle sait conduire n'a pas de voiture. Elle n'a pas de problème de déplacement (45 minutes au moins pour aller chez son thérapeute avec changement de bus) ; elle fait régulièrement ses courses au centre commercial ; elle gère son ménage et son administration. Les limitations fonctionnelles telles que réveil précoce avec vomissements matinaux et sommeil non réparateur, fatigue de degré léger, anxiété avec parfois attaque de panique existent dans le cadre de sa consommation de toxiques. L'experte s'est également prononcé par rapport à l'exigibilité de traitement/sevrage : selon l'anamnèse, l'assurée aurait débuté sa consommation de cannabis vers 2010 et une plus forte consommation d'alcool vers 2015. L'atteinte à la santé liée aux consommations n'est

pas attestée, puisque l'assurée ne travaillait pas (LF inconnues) et ne consultait pas (diagnostics inconnus) ; elles ne sont toujours pas attestées à ce jour malgré le suivi depuis 2017. Les troubles décrits par le psychiatre traitant sont attestés comme étant incapacitants dans l'ignorance de la toxicomanie de l'assurée. La nécessité des sevrages à la recherche d'un traitement adapté aux troubles psychiques résiduels est exigible, cependant l'assurée ne perçoit pas ses consommations comme étant un problème ; il est donc envisageable de penser que la motivation de l'assurée sera de faible volonté.

15. Dans son avis du 8 octobre 2018, le SMR a confirmé l'appréciation de l'experte. Il a considéré qu'à lecture de l'expertise, le service médical pouvait retenir que la toxicomanie au cannabis et l'alcoolisme de l'assurée étaient primaires puisque la symptomatologie psychiatrique découlait directement des addictions. Il a ainsi retenu une absence d'incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité, sur le plan psychiatrique et il n'y avait pas lieu d'exiger un sevrage. Les conclusions du rapport du 2 mai 2017 restaient donc valables, à savoir une CT entière dans toute activité dès décembre 2015, en lien avec l'atteinte oncologique.
16. Par décision du 16 octobre 2018, notifiée à l'assurée par courrier recommandé et pli simple, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 30 mars 2017. L'assurée avait contesté le projet de décision du 17 mai 2017 dans le délai légal. Dans le cadre de la procédure d'audition l'OAI avait jugé nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise médicale, dont il ressortait du rapport que les éléments produits ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation de l'office. Le projet de décision du 17 mai 2017 était dès lors maintenu.
17. Représentée par son conseil, l'assurée a interjeté recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 16 octobre 2018, et à la mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité dont le taux restait à déterminer; subsidiairement à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit mise en place; plus subsidiairement que le dossier soit retourné à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout avec suite de frais et dépens. La décision entreprise se fonde uniquement sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du 4 septembre 2018. Or celle-ci ne peut se voir reconnaître une valeur probante. En effet elle se fonde sur un dossier incomplet, retient les diagnostics sans aucune motivation, et effectue une analyse orientée. Le SMR avait ordonné une expertise en se fondant sur une lecture erronée des rapports médicaux. Or, cette mauvaise appréciation avait entièrement biaisé et orienté l'expertise. En effet, dans son rapport du 13 avril 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ avait indiqué que la relation de couple de la recourante était extrêmement perturbée "par une consommation épisodique d'alcool et de drogues des deux côtés". Or, sur la base de cet unique élément, le SMR en a conclu que la problématique psychiatrique intervenait dans un contexte de conflit de couple et de précarité sociale, et était intriquée par une problématique addictive. La prétendue addiction évoquée par le SMR ne se fonde sur aucun document médical figurant au dossier, autre que le

---

rapport du Dr D\_\_\_\_\_, qui ne mentionne pas d'addiction mais une consommation épisodique. L'expertise avait été entièrement réalisée sur cette assertion erronée, que l'experte a tenue pour établie. Cela s'en ressentait en premier lieu dans le cadre de l'anamnèse que l'experte avait retranscrite d'une manière toute personnelle. En effet, la recourante avait indiqué qu'en cas de stress et de crises d'angoisse, elle pouvait consommer du cannabis jusqu'à hauteur de dix joints par jour. Il s'agissait là néanmoins de la consommation maximale de l'assurée, ce que n'avait pas retenu l'experte, qui considère qu'il s'agit de sa consommation quotidienne. S'agissant des diagnostics, l'experte avait retenu des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue depuis le jeune âge adulte. Or cette conclusion ne se fondait sur aucun élément médical objectif. L'experte était en possession du dossier de l'intimée, comprenant des pièces médicales dont la plus ancienne datait de 2014. Aucune de ces pièces ne mentionne une quelconque utilisation régulière de toxiques comme le relève par ailleurs l'experte elle-même en p. 8. En outre, l'expertisée avait clairement indiqué qu'à l'âge de 18 ans elle ne consommait que rarement des toxiques (rapport d'expertise p. 5) ; dès lors l'affirmation de l'experte soit l'utilisation continue depuis le jeune âge adulte, est totalement sans fondement. Selon la classification internationale des maladies des troubles mentaux et troubles du comportement - critères diagnostiques pour la recherche CDR 10 de l'OMS Genève, 1993 page 52 et 53 -, les critères diagnostiques définissent le syndrome de dépendance (F1x.2) comme suit : au moins 3 des 6 manifestations (énumérées) ont persisté conjointement pendant au moins un mois, ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de 12 mois (suit la description des 6 critères). En l'espèce l'experte fonde ses diagnostics (F10.25) uniquement sur l'anamnèse et sur les dosages constatés. Ceci est très insuffisant pour en déduire que la recourante présente une dépendance depuis « le jeune âge adulte ». En effet, les éléments anamnestiques ont été retranscrits de manière erronée et ne permettent pas de déduire qu'au moins trois des manifestations précitées avaient persisté conjointement pendant au moins un mois. De même, s'agissant de la prétendue dépendance au cannabis (F12.25) l'experte ne disposait d'aucun élément lui permettant d'affirmer que la recourante consommait de manière importante depuis 2010. Elle n'a pas non plus procédé à la moindre analyse des critères cités ci-dessus. Dès lors que l'experte n'a pas du tout motivé ses diagnostics, son expertise ne peut se voir reconnaître de valeur probante. En outre, sur la base des tests biologiques uniquement, l'experte en avait déduit que l'assurée consommait des toxiques de manière importante et régulière. Elle en avait conclu de manière hâtive que tous les médecins consultés par la recourante étaient dans l'erreur. Son analyse orientée est confirmée par les « notes de l'experte » qu'elle fait figurer à la suite des divers rapports médicaux cités. S'agissant du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 15 juin 2017, l'experte a indiqué qu'il n'est pas fait mention des addictions et qu'il n'y a pas de dosage des toxiques. Concernant le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2017, l'experte a relevé que les addictions

---

n'étaient pas mentionnées. Or, comme le confirme le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 novembre 2018, la consommation de cannabis est connue depuis 2014. Elle a par ailleurs une visée antalgique et anxiolytique en raison d'un cancer du sein. Ce médecin a en outre relevé que les valeurs retrouvées résultaient d'une consommation de toxiques en réaction à des problèmes familiaux et au stress suscité par la convocation à l'expertise. Ce stress important a du reste été relevé par l'experte pendant l'expertise (page 12 et 13). On doit également relever que lors de l'expertise, l'experte n'a pas relevé de foetor et n'a relevé aucun signe d'imprégnation de substances toxiques. Dans ses conclusions, l'experte semble soutenir que l'addiction est primaire et que les troubles fonctionnels sont dus à ses consommations de toxiques. Or bien que l'addiction soit contestée, elle ne pourrait de toute façon pas présenter un caractère primaire. Il est rappelé qu'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 page 32 considérant 2a, 1996 page 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. Et de rappeler les principes dégagés de la jurisprudence (notamment arrêt du TF 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid 3 ; en matière de dépendance à l'alcool les principes rappelés dans l'arrêt du TF 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid 2.3). En l'espèce, selon le psychiatre traitant, la symptomatologie anxio-dépressive de la recourante s'était aggravée dernièrement et ce, nonobstant son abstinence. Il s'agissait là d'un élément plaçant clairement en faveur d'une toxicomanie de type secondaire. En outre rien ne permettait de soutenir la thèse d'une toxicomanie primaire, l'apparition de troubles anxieux ayant très probablement précédé la prétendue addiction. Le fait que, selon l'experte, la dépendance alcoolique soit antérieure à l'apparition de problèmes psychiques ne permet pas nécessairement d'exclure un alcoolisme de caractère secondaire (arrêt du TF 9C\_334/2015). Par conséquent, si dépendance il y a, celle-ci est secondaire à la pathologie psychiatrique. En tout état l'experte ne pouvait pas retenir le caractère primaire de la prétendue addiction sans motiver un minimum sa prise de position. Pour toutes ces raisons l'expertise psychiatrique de la Dresse G\_\_\_\_\_ devait être écartée.

18. L'OAI a répondu au recours par courrier du 17 décembre 2018. Il conclut à son rejet. Rappelant les principes de jurisprudence applicables dans le contexte litigieux, l'intimé considère que l'évaluation médicale ayant abouti à la décision attaquée reposait notamment sur le rapport d'expertise de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2018 qui remplit les conditions pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Selon l'anamnèse établie par l'experte, l'assurée dit ne pas avoir de traitement médicamenteux, se soigner avec du cannabis (10 joints/jour) en

---

traitement de fond et en cas de « crise », et consommait de la bière environ 5x 0.5 l soit 2.5 l par jour, consommation ayant débuté à la suite d'un viol à l'âge de 16 ans (rapport d'expertise page 4). La recourante aurait débuté sa consommation de cannabis vers 2010. Les troubles décrits par le psychiatre traitant sont manifestement attestés comme étant incapacitants dans l'ignorance de la toxicomanie de l'assurée (expertise page 16). L'experte a procédé à des dosages sanguins, dont l'objectif ne saurait être remis en doute, lesquels ont permis de confirmer l'existence d'une consommation telle que décrite par la recourante. Les diagnostics retenus sont motivés, l'experte justifiant notamment la raison pour laquelle on ne peut retenir le diagnostic d'anxiété généralisée (F 41.1), en présence d'un trouble de la lignée anxieuse se manifestant dans le cadre de la consommation de toxiques (expertise page 12). Le trouble anxieux, sans précision (F41.9) de degré léger à moyen et l'épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F 32. 0) découlent ainsi directement des addictions. L'experte explique de manière circonstanciée que les limitations fonctionnelles telles que réveil précoce avec vomissements matinaux et sommeil non réparateur, fatigue de degré léger, anxiété avec parfois attaque de panique, existent dans le cadre de ladite consommation (expertise page 13). Le status psychiatrique ne comporte par ailleurs aucun élément de gravité et la description de la vie quotidienne de l'assurée démontre que ses troubles n'entravent pas de manière notable ses activités. Il est constaté que la recourante présente moins de symptômes dépressifs depuis la séparation conjugale en 2016, qu'elle gère son appartement et s'occupe de son fils mineur; elle n'a pas de problème de déplacement (45 minutes au moins pour aller chez son thérapeute avec changement de bus); elle fait régulièrement ses courses au centre commercial et gère son ménage et son administration. L'absence de traitement médicamenteux « conventionnel » est par ailleurs en contradiction avec le diagnostic d'état dépressif sévère, sans symptôme psychotique, posé par le psychiatre-traitant (expertise page 10). La toxicomanie au cannabis et l'alcoolisme sont primaires puisque la symptomatologie psychiatrique découle directement des addictions. Aucune atteinte psychiatrique d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de gain durable explique le recours à ces substances. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité sur le plan psychiatrique (raison pour laquelle un sevrage n'est pas exigible, voir avis du SMR du 8 octobre 2018). L'OAI avait soumis au SMR les pièces produites par la recourante à l'appui du recours (certificat du Dr D\_\_\_\_\_ du 7/11/2018, courriel des Psys réunis du 13/11/2018). Selon l'avis du SMR du 26 novembre 2018, produit en annexe, ces pièces nouvelles n'amènent aucun élément nouveau ou objectif permettant de faire une appréciation différente du cas sur le plan médical, ni admettre une aggravation de l'état de santé. Le SMR, dans l'avis susmentionné, relève que le Dr D\_\_\_\_\_ indique que l'assurée consomme du cannabis depuis 2014, suite à son cancer du sein, à visée antalgique et anxiolytique. Elle a par ailleurs une fracture consolidée de la troisième côte antérolatérale droite, susceptible d'entraîner des névralgies intercostales douloureuses ; cependant le médecin n'affirme pas que ce soit le cas de l'assurée.

Contrairement à ce qu'elle affirme les consommations (d'alcool) de l'assurée ont débuté à l'âge de 16 ans, à la suite d'un viol (rapport d'expertise page 4). Quant au courriel des L\_\_\_\_\_, non signé, qui indique une aggravation de l'état de santé et une "péjoration de l'état psychique qui compromet l'état psychique" (sic !), il indique que l'assurée est abstinente et il relève une aggravation de sa symptomatologie. Il est indiqué que l'assurée a consommé de l'alcool et des toxiques en réaction à des problèmes familiaux et au stress suscité par la convocation à l'expertise. Contrairement à ce qui est indiqué, les consommations de l'assurée sont connues de longue date. Par ailleurs ce courriel n'amène pas d'élément objectif d'aggravation, puisque la symptomatologie et les limitations ne sont (pas) décrites. De plus il n'y a aucune preuve de l'abstinence de l'assurée.

19. La recourante a brièvement répliqué par courrier du 11 février 2019. Elle persiste dans ses conclusions ; la réponse de l'intimé ne fait que confirmer que l'OAI et l'experte prennent appui sur des éléments actuels pour en tirer des conclusions sur un comportement prétendument addictif depuis des dizaines d'années. En effet l'OAI relève à nouveau que l'experte a procédé à des examens sanguins et en tire la conclusion hâtive qu'une addiction serait présente depuis longue date. Aucun élément du dossier ne permet de confirmer cette conclusion. En outre le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé que la consommation présente dans le dosage sanguin était un comportement réactionnel. L'OAI affirme que les limitations fonctionnelles telles que réveil précoce avec vomissements matinaux et sommeil non réparateur, fatigue de degré léger, anxiété avec parfois attaque de panique, existent dans le cadre de la consommation de toxiques ; or il a été démontré dans le recours que les symptômes précités étaient plus que probablement préexistants. L'OAI ne justifie pas son affirmation selon laquelle la toxicomanie serait primaire.
20. La réplique susmentionnée a été communiquée à l'OAI.
21. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 11 mars 2019 :

La recourante a déclaré : "Je suis toujours suivie par le Dr D\_\_\_\_\_ mais je le vois moins fréquemment que les psychiatres. La consultation de mon généraliste intervient à la demande, lorsque j'ai un problème particulier et que je dois le consulter, mais je ne suis plus en traitement actuellement chez lui. En revanche, sur le plan psychique, je vous explique ceci : j'ai initialement été adressée au cabinet du Dr F\_\_\_\_\_. J'ai été reçue par lui la première fois, mais il m'a très rapidement orientée vers l'une de ses collaboratrices, la Dresse E\_\_\_\_\_, qui s'est prononcée d'ailleurs à plusieurs reprises dans le dossier. Entre temps, la Dresse E\_\_\_\_\_ a quitté le cabinet, mais je ne peux pas vous dire à quelle date précise car je ne m'en souviens plus. J'ai dès lors été suivie par la Dresse H\_\_\_\_\_. J'ai au fil du temps eu l'occasion de rencontrer le Dr F\_\_\_\_\_ à quelques reprises, mais ce n'est pas lui qui consulte régulièrement. Il ne fait que superviser le dossier. En revanche, je suis régulièrement suivie par une psychothérapeute soit J\_\_\_\_\_ qui travaille aussi au cabinet F\_\_\_\_\_, mais dans le cabinet dont il dispose à la gare. Toutefois, lorsque

je dois rencontrer la psychiatre, c'est à Vézenaz que je dois me rendre, en bus, et cela me prend deux heures environ. C'est l'occasion de vous préciser qu'étant électrosensible, je souffre particulièrement de toutes ces personnes qui se promènent avec des appareils connectés, ce qui se trouve en grande concentration dans les bus. C'est bien à mi-juin 2017 que j'ai commencé à consulter le cabinet du Dr F\_\_\_\_\_. Auparavant, je n'étais pas régulièrement suivie par un psychiatre. Je n'avais jamais été suivie par un psychiatre, mais lorsque j'étais enfant, j'étais dyslexique, et j'avais à ce titre été envoyée chez un psychiatre. On m'avait fait faire des dessins, on avait convoqué mes parents qui n'étaient jamais venus. Cet épisode n'a pas duré longtemps. Pour situer le contexte dans lequel je suis arrivée en Suisse, je précise qu'à l'époque, je me trouvais en France, j'avais été victime d'un cancer du sein, et je souhaitais me reconstruire. Comme le père de mon fils est Suisse et était domicilié en Suisse, je voulais me rapprocher de ce pays pour mon fils, et j'ai d'abord trouvé une location dans la Drome. J'ai toutefois fait une très mauvaise expérience avec mon bailleur, qui a fait que j'ai dû pratiquement du jour au lendemain trouver une solution : à l'époque, je fréquentais un homme qui était établi en Suisse, à Genève, au bénéfice d'un permis C. Il m'a ainsi recueillie chez sa logeuse, où nous avons vécu, dans des conditions difficiles, puisque nous ne disposions que d'une chambre, et j'y ai habité quelques semaines avant que nous nous marions et que je puisse venir rejoindre mon mari à Genève. Or, peu de temps après mon arrivée avec mon fils et ma fille, la logeuse a exigé que ma fille et moi quittions les lieux. Elle a toutefois accepté que mon fils reste avec mon mari, puisqu'il avait dix ans et qu'il était inscrit à l'école juste à côté. Je me suis donc retrouvée pendant la saison froide à dormir dans ma voiture. Quant à ma fille, elle est retournée chez son ex-copain dans le sud de la France. C'est à cette époque que j'ai commencé à boire de temps en temps une bière, le soir, réalisant ce que vivent les clochards qui consomment pour se réchauffer. Par la suite, et alors que nous nous sommes retrouvés, mon mari et moi à l'hôtel, dans des conditions peu confortables d'ailleurs, mais j'en suis néanmoins reconnaissante à l'égard de ce pays car ailleurs j'aurais probablement été laissée à la rue, que les choses se sont accentuées au niveau de l'alcool, indépendamment que je découvrais un mari qui se révélait être un toxicomane. Pour répondre à votre question, je savais que la toxicomanie faisait partie de son histoire, mais je ne me doutais pas que cela faisait partie de son présent. En effet, lorsque nous nous sommes connus, il était dans une phase de recherche spirituelle. C'est dans ce contexte qu'il m'a beaucoup aidée lorsque je traversais ma période de cancer. Comme nous ne vivions pas encore ensemble régulièrement, je n'avais pas remarqué que sa toxicomanie était toujours actuelle. Par la suite, nous avons eu un appartement à Cressy, où je vis toujours actuellement. Un soir, il a pété les plombs, de façon plus violente que d'habitude ; il a essayé de me poignarder. C'est là que j'ai mis le haut-là et qu'avec l'aide des services sociaux il a quitté définitivement notre domicile, où j'habite désormais avec mon fils. Vous me demandez ce qu'il en est de ma contestation de l'expertise psychiatrique, car vous ne comprenez pas certaines critiques formulées dans mon

recours par rapport au contenu général du rapport d'experte. Je vous explique qu'à l'époque où j'ai été rencontrer l'experte, c'était en été, j'étais stressée, notamment par rapport au fait d'aller rencontrer l'experte. Il est vrai que dans tout ce contexte, j'étais dans une phase où je consommais plus d'alcool que d'habitude. Je dois dire que j'avais honte, car j'ai souffert dans ma jeunesse de l'alcoolisme de mes parents, et que pour moi, il était inconcevable que je me laisse aller au même vice. Toutefois, à travers les épisodes de vie que j'ai vécus, je me suis en effet retrouvée dans des périodes où je me suis réfugiée dans l'alcool, m'en servant comme antidouleur à l'instar du cannabis. Les périodes où j'ai arrêté notamment le cannabis et toutes autres substances, ont provoqué quasi instantanément des crises d'épilepsie. Mais cela n'a pas été une situation permanente depuis l'adolescence, comme j'ai cru interpréter le rapport d'expertise. En effet, avant que j'arrive en Suisse, je n'avais jamais consommé d'alcool, mais seulement du cannabis, à l'exclusion de toutes autres substances addictives. Je voudrais encore préciser que peu de temps avant de rencontrer l'experte, j'avais fait une chute extrêmement violente, au cours de laquelle je m'étais ouvert le crâne. Comme je souffrais beaucoup, c'est aussi ce qui explique ma consommation excessive d'alcool à ce moment-là. Il y avait aussi le phénomène que lors de cet examen je souffrais de troubles de la vision. Je voulais dire cela par rapport au fait que cela a pu avoir une incidence sur l'appréciation de l'experte. Sur question de Madame I\_\_\_\_\_, sur le plan psychique, je ne suis pas sous traitement médicamenteux. Des tentatives avaient été faites dans ce sens, mais cela s'est révélé catastrophique, notamment sur ma perception des choses, puisque par exemple je me retrouvais à mettre mon fils à dormir à 4 heures de l'après-midi en croyant qu'il était dix heures du soir. En revanche, je continue à absorber du cannabis sous plusieurs formes : je le fume ou je le mange sous forme de gâteaux par exemple. Hormis cela, l'essentiel de mon suivi consiste en une forme d'accompagnement verbal en particulier avec J\_\_\_\_\_. Sur question de Me Rocio GONZALEZ, je vis toutes les nuits des crises d'angoisse et je vomis de la bile toutes les nuits. Cela dépend du stress et des contrariétés de la journée. Cela a commencé vers fin 2014 – début 2015. J'arrive depuis un certain temps à réguler tout cela en anticipant sur ce qui pourrait déboucher sur des crises d'épilepsie.

Sur quoi la cause a été gardée à juger.

### **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.
  3. 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).
  4. 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).
  5. 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).
  6. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement d'un droit à la rente.
  7. 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<sup>er</sup> janvier 2008).
  8. 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).

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).

9. 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.

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

Dans un arrêt de principe du 11 juillet 2019 (arrêt 9C\_724/2018), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

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 fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

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).

Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

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 : autoperception 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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

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 *lege artis* sur un assuré qui coopère 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 examinateur, 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).

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).

11. 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).

12. 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.

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

f. 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).

g. 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).

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

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du

---

24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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).

---

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).

14. Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).
15. En l'espèce, il est constant que par sa décision du 16 octobre 2018, l'OAI a nié tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité à la recourante, en particulier un droit à la rente, en se fondant sur l'expertise psychiatrique réalisée par la Dresse G\_\_\_\_\_, le SMR en ayant déduit, à lecture de cette expertise, que la recourante souffrant de toxicomanie et d'alcoolisme primaire, et en a conclu que la symptomatologie psychiatrique présentée découlant directement des addictions, il n'y avait pas d'incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité, notamment au vu des diagnostics retenus par l'experte, que l'atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, et qu'il n'y avait pas lieu d'exiger un sevrage. Il arrivait donc à la conclusion que la CT était entière dans toute activité dès décembre 2015, en lien avec l'atteinte oncologique.

Dans son recours, l'assurée conteste toute valeur probante à cette expertise, pour les motifs détaillés retenus dans la partie en fait (p. 6 ad ch. 17).

Au vu de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019), aux termes de laquelle la Haute cour est parvenue à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue, considérant désormais que d'un point de vue médical, les syndromes de

---

dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués légers par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité. Selon cette décision, la jurisprudence développée à ce propos doit être modifiée en ce sens que, dans l'assurance-invalidité, toute pertinence ne puisse plus être d'emblée niée à un syndrome de dépendance ou à un trouble d'utilisation de substances addictives diagnostiqué irréfutablement par des spécialistes. Il s'agit, comme pour toutes les autres maladies psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail. Il y a lieu dans un premier temps de déterminer si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Dresse G\_\_\_\_\_.

16. En l'espèce, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise de la Dresse G\_\_\_\_\_ répond tout d'abord, et sur le plan formel, à toutes les conditions requises par la jurisprudence rappelée précédemment, pour se voir en principe reconnaître une pleine valeur probante. Elle retient également que l'expertise psychiatrique réalisée sur la requérante remplit également les exigences d'une évaluation normative et structurée. Il convient d'observer que l'experte a considéré que la capacité de travail dans l'activité de vendeuse exercée jusqu'ici était nulle, en raison des consommations de toxiques, l'assurée pouvant se mettre en danger (chute) en fonction du type d'activité, la CT dans ce domaine ne pouvant pas évoluer sans réduction des consommations de toxiques. On observera également que dans son approche par rapport à cette expertise, le SMR, retenant une toxicomanie et un alcoolisme primaires, s'est écarté de cette conclusion de l'experte, retenant une pleine capacité de travail (dès 2015 en raison de l'affection oncologique préalable). En revanche, et examinant la CT dans une activité adaptée (thérapeute corporelle ; activité sans stress) la réponse donnée par l'experte aux questions posées par l'OAI peut certes apparaître contradictoire, mais seulement en apparence, et ceci au vu des questions telles que posées. En effet, à la question de savoir quel serait le temps de présence maximale possible dans cette activité, l'experte répond : « 100 % », alors que répondant aux questions suivantes, elle indique, sans la chiffrer, que la performance (soit le rendement) serait également réduite durant le temps de présence pour une activité de ce type, car l'assurée a peu travaillé dans sa vie, qu'elle n'est pas habituée au rythme sur le plan professionnel - ce qui en soi n'est évidemment pas déterminant sur le plan de l'assurance-invalidité. En revanche, la question de savoir à quel pourcentage évaluer globalement la CT de l'assurée dans cette activité adaptée, par rapport à un emploi à 100 %, l'experte répond qu'il est impossible d'évaluer un tel pourcentage actuellement, en raison des troubles psychiques légers à moyen non traités légers par un spécialiste et des consommations de toxiques présentes de longue date. Elle ajoute que l'évolution de la CT, dans ce contexte, dépendra de la motivation de l'assurée à suivre un traitement de ses addictions et à accepter un traitement médicamenteux. Quant à l'exigibilité d'un tel traitement,

l'experte relève que selon l'anamnèse, l'assurée aurait débuté sa consommation de cannabis vers 2010 et une plus forte consommation d'alcool vers 2015. L'atteinte à la santé liée aux consommations n'est pas attestée puisque l'assurée ne travaillait pas (LF inconnues) et ne consultait pas (diagnostics inconnus); elles ne sont toujours pas attestées à ce jour malgré le suivi depuis 2017. Les troubles décrits par le psychiatre traitant ont été attestés comme étant incapacitants, dans l'ignorance de la toxicomanie de l'assurée. La nécessité des sevrages et d'un traitement adapté aux troubles psychiques résiduels est exigible; cependant l'assurée ne perçoit pas ses consommations comme étant un problème ; il est donc envisageable de penser que la motivation de l'assurée sera de faible volonté. Au vu de ce qui précède, on pourrait toutefois voir une contradiction dans le fait que répondant à la question « quelle est la CT dans une activité adaptée ? », elle répond : « 100 % en tant que thérapeute corporelle ». En bonne logique, on doit toutefois comprendre que l'experte arrive à cette conclusion, non pas par rapport à la situation actuelle, mais dans la mesure où préalablement les traitements et sevrages exigibles soient à terme couronnés de succès.

Ainsi, et n'en déplaise à la recourante, sans qu'il soit nécessaire à ce stade, et dans la mesure où, quoi qu'il en soit, la cause sera renvoyée pour instruction complémentaire à l'OAI, le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse G \_\_\_\_\_ n'est pas dénué de toute valeur probante, bien entendu sous la réserve de la modification récente de la jurisprudence en matière d'atteinte à la santé par rapport aux dépendances à la toxicomanie et d'alcoolisme. Quoi qu'il en soit, l'OAI pourra au besoin interpellier l'experte, dans le cadre d'un complément d'expertise, en lui posant notamment toutes les questions utiles par rapport aux exigences de la nouvelle jurisprudence en la matière.

17. En principe, en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ». La décision du 16 octobre 2018 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 11 juillet 2019 ne peut être que prise en considération pour résoudre le présent litige.
18. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise niant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au motif que, selon l'ancienne jurisprudence, les addictions concernées ne relèveraient pas de l'AI, dans la mesure où elles seraient primaires, elle doit être annulée.
19. La chambre de céans constate, à la lumière de cette jurisprudence en matière de syndrome de dépendance, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher.

20. Selon la nouvelle jurisprudence, l'obligation de diminuer le dommage s'applique aussi en cas de syndrome de dépendance. Il peut par exemple être exigé de la personne concernée une participation active à des traitements médicaux raisonnables. Si celle-ci ne se conforme pas à son obligation de diminuer le dommage et permet ainsi le développement de son état pathologique, un refus ou une réduction des prestations est possible.

De ce point de vue, l'experte a émis des doutes en ce qui concerne la motivation de l'expertisée, suggérant que dès lors que cette dernière ne perçoit pas ses consommations comme étant un problème, sa volonté de se plier à l'exigibilité reconnue du traitement psychiatrique et du sevrage, pourrait être faible. Il incombera toutefois à l'OAI, dans le cadre d'un complément d'instruction, à vérifier cette question, étant précisé, à l'intention de la recourante, qu'il est de son intérêt, mais aussi de son devoir, de se soumettre aux traitements exigibles, à défaut de quoi, les prestations de l'assurance-invalidité pourraient être réduites voire supprimées.

Selon le Tribunal fédéral, dans la jurisprudence susmentionnée, une augmentation progressive de la capacité fonctionnelle par la poursuite du suivi thérapeutique est exigible après un sevrage progressif, sans que cela ne soit cependant possible dans un délai déterminé, le droit à une rente de l'assurance-invalidité est, au préalable, ouvert. Le droit aux prestations de l'assuré devra, par voie de révision, être réexaminé par l'office AI en temps opportun après la mise en œuvre de la thérapie. Ainsi, en l'espèce, l'OAI devra s'assurer par tous moyens utiles, avec la collaboration des médecins traitants et de l'intéressée, de la mise en œuvre des traitements exigibles, assortie de toute mesure propre à vérifier la pleine compliance de l'assurée au traitement mis en œuvre, et dans un premier temps compléter l'instruction en vue de déterminer le taux d'invalidité à retenir et fixer le montant de la rente dont l'assurée pourra bénéficier d'ores et déjà, y compris pendant la mise en œuvre des traitements exigibles.

21. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 16 octobre 2018 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, et pour nouvelle décision.
22. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 16 octobre 2018 et retourne la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- valant participation à ses frais de défense;
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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