



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4122/2018

ATAS/1183/2019

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

**Arrêt du 5 décembre 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, représentée par le  
docteur B\_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

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

---

## **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, ressortissante suisse née en septembre 1969, a travaillé à plein temps jusqu'en 2006, notamment en qualité d'orthopédiste et d'aide hospitalière.
2. En date du 28 juin 2007, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un tassement de vertèbre (lordose), une cyphose prononcée et une dépression. Sa demande a été rejetée par décision du 10 juin 2008, au terme d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
  - un rapport du 18 septembre 2007 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale à la Fondation Phenix, diagnostiquant des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, d'une part, de cocaïne, d'autre part ; l'incapacité de travail était totale depuis avril 2006, mais pouvait être améliorée par des mesures professionnelles ; selon le médecin, la consommation d'héroïne était liée au stress induit par la profession d'aide-soignante, pratiquée pendant 12 ans, jusqu'en avril 2006 ; était également mentionné un trouble dépressif récurrent sans incidence sur la capacité de travail ;
  - un rapport ultérieur de ce même médecin, le 11 mars 2008, faisant état d'une aggravation : le trouble dépressif était désormais sévère, depuis début 2008 ; l'incapacité était totale et une hospitalisation en milieu psychiatrique était demandée ;
  - l'avis émis le 18 avril 2008 par le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) estimant qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et que la toxicomanie était possiblement primaire.
3. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, l'a partiellement admis et a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision (cf. ATAS/270/2009 du 9 mars 2009). En effet, l'assurée avait rendu plausible l'existence de troubles psychiques nécessitant d'être investigués. Avaient notamment été versés à la procédure :
  - un courrier du 20 octobre 2008 du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), service de psychiatrie générale, expliquant que les doctoresses D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ avaient reçu l'assurée à leur consultation ;
  - le rapport d'examen signé de ces deux médecins, diagnostiquant un trouble dépressif majeur, épisode sévère, sans symptômes psychotiques, une dépendance à l'héroïne et à la cocaïne ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié (traits borderline et dépendants) ; la patiente leur avait été adressée par le Centre des Oliviers - où elle séjournait - pour investigation d'un éventuel trouble bipolaire, diagnostic que les médecins du CHUV n'avaient pas été à même de confirmer ou non en raison de la prise

de cocaïne ; le trouble dépressif dominait clairement le tableau de manière chronique ; il s'était exacerbé chez l'assurée avec la perte de son ami, décédé en 2006 d'une méningite foudroyante, et s'inscrivait dans un contexte de trouble de la personnalité, avec peur de l'abandon, de la responsabilité, de la solitude, du conflit ; s'y ajoutait un fonctionnement masochiste qui renvoyait la patiente, de manière répétée, dans un type de relation maltraitante comme celle qu'elle avait connue et connaissait encore avec son père ;

- un courrier du 2 février 2009 du docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre à la fondation Phénix, exposant que la pathologie psychiatrique de la patiente persistait malgré une abstinence de plusieurs mois à la cocaïne et une stabilité de la dépendance à l'héroïne avec traitement de substitution de méthadone ; selon lui, un nouveau diagnostic devait être retenu, qui pourrait être responsable du début de la consommation de toxiques, à savoir celui de trouble du déficit de l'attention avec traits d'hyperactivité, pathologie bien connue pour être à la base de conduites additives, notamment en période d'adolescence ; cette atteinte aurait selon lui déclenché et entretenu la consommation des toxiques, ainsi qu'une comorbidité psychiatrique secondaire, de type anxio-dépressif grave ; les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode sévère sans symptômes psychotiques et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline étaient par ailleurs confirmés.

4. Le 23 juin 2010, les HUG ont transmis à l'OAI les résumés de sept séjours concernant l'assurée :

- celui relatif à son séjour du 6 au 20 octobre 2003 (première hospitalisation volontaire pour un état dépressif et un sevrage à l'héroïne), retenant à titre de diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance ;
- celui relatif à son séjour du 18 au 23 juillet 2007 (hospitalisation ordinaire dans un contexte de gestes auto-agressifs), retenant à titre de diagnostic principal des troubles psychiques sur opiacés, syndrome de dépendance (F11.22), mentionnant également un trouble de la personnalité sans précision ;
- celui relatif à son séjour du 16 au 30 octobre 2007 (hospitalisation ordinaire en raison d'un risque auto-agressif avec recrudescence de consommation de toxiques), retenant à titre de diagnostic principal celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et mentionnant par ailleurs ceux de troubles psychiques sur opiacés (F11.22), troubles mentaux et du comportement sur dérivés de cannabis (F12.24), trouble dépressif récurrent sans précision et trouble de la personnalité sans précision ;
- celui relatif à son séjour du 20 mai au 6 juillet 2009 (hospitalisation ordinaire en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive avec rechute de consommation d'héroïne chez une patiente enceinte de vingt-huit semaines), retenant à titre de diagnostic principal celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, et mentionnant par ailleurs ceux de troubles

mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité ;

- celui relatif à son séjour du 6 juillet au 18 septembre 2009 (hospitalisation d'une patiente enceinte de trente-six semaines incapable de passer un contrat de non-passage à l'acte, c'est-à-dire présentant un risque auto- et hétéro-agressif important et persistant, dans le cadre d'une polytoxicomanie active, avec ambivalence aux soins), sans changement dans les diagnostics ;
  - celui relatif à son séjour du 20 octobre 2009 au 24 février 2010 (hospitalisation ordinaire pour mise à l'abri, dans un contexte de reprise de consommation d'héroïne et de cocaïne sniffée chez une patiente connue pour une polytoxicomanie et mère d'un bébé de deux mois hospitalisé à l'unité de développement en pédiatrie), retenant à titre de diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs (benzodiazépines), syndrome de dépendance, et mentionnant par ailleurs des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance en régime de substitution, un trouble dépressif récurrent épisode moyen, et une personnalité émotionnellement labile de type borderline.
  - celui relatif à son séjour du 7 au 30 mars 2011 (hospitalisation ordinaire pour un sevrage aux benzodiazépines et à l'héroïne), retenant à titre de diagnostic principal celui de troubles mentaux et du comportement sur des sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance, et mentionnant par ailleurs des troubles mentaux et du comportement sur utilisation d'opiacés, des troubles psychiques sur opiacés, des troubles psychiques sur sédatifs/hypnotiques, des troubles mentaux et du comportement sur prise de cocaïne, désormais abstinente, un trouble dépressif récurrent épisode moyen et une personnalité émotionnellement labile ; ce rapport, un peu plus détaillé que les précédents, comportait une anamnèse dont il ressortait que la patiente disait avoir commencé sa consommation de cocaïne sniffée à l'âge de 18 ans, celle d'héroïne à l'âge de 25 ans, avec son ami, également consommateur.
5. Conformément à ce que lui avait demandé la Cour dans son arrêt du 9 mars 2009, l'OAI a alors mis sur pied une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au docteur G\_\_\_\_, lequel a rendu son rapport le 20 septembre 2011, concluant à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et confirmant l'origine primaire de la toxicomanie.

Dans son expertise, le Dr G\_\_\_\_ a relaté l'histoire de l'assurée et notamment le fait que celle-ci lui avait raconté avoir subi, entre l'âge de 10 et 14 ans, des attouchements sexuels de la part d'un cousin de sa mère à plusieurs reprises, avoir été en conflit avec son père, violent verbalement et parfois physiquement, être partie à l'âge de 20 ans au Cambodge avec le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et son partenaire, être ensuite repartie avec le CICR six mois en Afghanistan, puis six en Angola, période durant laquelle elle avait traversé une passe de tristesse et s'était sentie « cassée », en réaction aux atrocités de la guerre, sans avoir été victime de violences elle-même ; à son retour, elle avait noué une

nouvelle relation sentimentale avec un partenaire consommant régulièrement de l'héroïne et buvant beaucoup d'alcool, consommation suivie par des accès d'agressivité et de violence, avec lequel elle avait consommé de l'héroïne ; il était décédé d'une méningite en 2006 ; elle avait alors commencé à consommer de la cocaïne en plus de l'héroïne, jusqu'à la perte de son travail et de son permis de conduire ; en 2008, elle avait noué une nouvelle relation avec un homme, trafiquant de drogue, dont elle était tombée enceinte trois mois plus tard.

L'expert s'est fait le relais des plaintes de l'assurée, s'est livré à une anamnèse orientée, a décrit ses observations objectives et a finalement retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue, malgré un régime de substitution sous surveillance médicale depuis 2001 et celui d'accentuation de traits dépendants et émotionnellement labiles existant depuis l'adolescence, dont il a estimé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a souligné que l'anamnèse ne permettait pas de retenir de crises psychiques ayant déclenché la consommation des diverses substances psychoactives. Malgré une structure de personnalité marquée par des traits dépendants et émotionnellement labile, l'assurée avait été capable de poursuivre sa scolarité, de terminer avec succès une formation professionnelle d'une durée de quatre ans et de travailler de manière stable dans différents postes durant plusieurs années. Elle s'était engagée parallèlement dans des relations sentimentales avec des partenaires décrits comme soutenant jusqu'à sa relation avec un toxicomane, à l'âge de 23 ans. Malgré la carence affective de la part de son père et des attouchements sexuels subis entre l'âge de 10 et 14 ans, elle avait fait preuve de ressources d'adaptation et son anamnèse ne montrait pas de déviations extrêmes de la constitution caractérologique depuis l'enfance ou l'adolescence comme demandé par la CIM-10 pour retenir le diagnostic de trouble de la personnalité.

En l'absence d'une pathologie psychique ayant déclenché la consommation de diverses substances psychoactives, la toxicomanie devait être considérée comme une dépendance primaire. Elle n'était en effet ni la conséquence, ni le symptôme d'une atteinte à la santé psychique ou mentale engendrant une incapacité de travail, pas plus qu'elle n'était à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif, par exemple.

L'assurée souffrait cependant de symptômes anxieux et dépressifs réactionnels aux répercussions psychosociales de sa consommation mais, en l'absence de la persistance de tels symptômes sous abstinence, il n'était pas possible de retenir le diagnostic de trouble affectif indépendant de la toxicomanie. Par ailleurs les symptômes dépressifs objectivables à l'examen restaient relativement mineurs.

Quant au diagnostic de trouble de l'attention avec traits d'hyperactivité évoqué par le Dr F\_\_\_\_\_, il restait hypothétique. Il n'était pas possible de poser un tel diagnostic sur la seule base d'un questionnaire. Selon la CIM-10, un début précoce, au cours des cinq premières années de vie, était requis. Le DSM-IV exigeait quant à lui la présence de certains symptômes durant l'enfance, lesquels entraînaient habituellement d'importantes difficultés scolaires, ce qui n'était pas le cas chez l'assurée, qui avait poursuivi sa scolarité sans difficulté majeure et niait tout symptôme d'hyperactivité durant son enfance et son adolescence.

6. Par décision du 25 mai 2012, entrée en force, l'OAI a donc rejeté définitivement la première demande de prestations de l'assurée.
7. Une nouvelle demande a été déposée en décembre 2014, qui a donné lieu à une nouvelle expertise psychiatrique par le docteur H\_\_\_\_\_, le 14 octobre 2016. Rejoignant les conclusions de son prédécesseur, celui-ci a conclu à une toxicomanie primaire, sur la base de quoi une nouvelle décision de refus de prester a été rendue le 25 janvier 2017.

L'OAI, considérant qu'une aggravation avait été rendue plausible au vu de la production de certains documents, notamment un rapport des HUG du 9 avril 2015 retenant les diagnostics de trouble de la personnalité borderline, état de stress post-traumatique, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives et trouble dépressif récurrent épisode léger à moyen et divers nouveaux résumés de séjours aux HUG, avait estimé une nouvelle expertise nécessaire.

L'expert dans son rapport, avait dit n'avoir observé aucun trouble formel de la pensée, une humeur triste mais non pas dépressive, l'absence de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, un élan vital bien conservé - étant toutefois admis et rappelé que l'assurée avait fait des tentatives d'auto-agression et avait été hospitalisée au moins onze fois à Belle-Idée, la plupart du temps pour des épisodes dépressifs et des sevrages. Au moment de l'examen, il n'y avait cependant ni idées noires, ni envies suicidaires et le sommeil n'était pas perturbé.

L'expert n'avait constaté aucun signe de stress post-traumatique (pas de souvenirs envahissants, de rêves ou de cauchemars).

Certes, l'assurée ne pouvait clairement pas travailler en raison de troubles cognitifs importants, dont il a cependant estimé qu'ils étaient la conséquence de la prise de toxiques. Les dosages plasmatiques avaient donné des résultats positifs pour la codéine et les benzodiazépines, très largement au-dessus de la dose thérapeutique. Selon l'expert, en l'absence de drogues, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

Ses constatations étaient les mêmes que celles réalisées par son prédécesseur, en 2011.

L'assurée était dépendante des benzodiazépines, de la codéine et sous sulfates de morphine. Cela n'avait cependant pas entraîné de troubles irréversibles chez elle. Pour le surplus, elle présentait une personnalité borderline. La toxicomanie était donc primaire et non secondaire à une maladie psychiatrique ou à un trouble de la personnalité.

L'expert a relaté que l'assurée avait indiqué avoir été victime d'attouchements sexuels de 12 à 15 ans de la part d'amis de son père, d'un cousin de sa mère et du concierge de son école.

Il a aussi noté qu'elle avait été suivie par le programme de troubles bipolaires des HUG depuis octobre 2014 et que devant l'inefficacité des traitements utilisés, elle avait été mise sous lithium en janvier 2015, ce qui avait eu pour conséquence de nombreux effets secondaires.

L'expert a finalement retenu au titre de diagnostics : une personnalité émotionnellement labile de type borderline et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et à l'utilisation d'autres substances psychoactives, dont il a précisé qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail.

Il n'y avait aucun signe ou symptôme permettant d'étayer le diagnostic de stress post-traumatique.

La toxicomanie était primaire, étant souligné que l'assurée était devenue toxicomane relativement tard et qu'elle n'était pas encore prête à arrêter la prise de substances, qui constituait pourtant son problème principal (90 mg de Méthadone - soit une dose importante -, benzodiazépines à hautes doses, codéine, etc.). Or, en cas d'abstinence, elle n'aurait aucune difficulté à travailler.

8. Une troisième demande de prestations a été déposée en juillet 2017.
9. Dans un courrier adressé à l'OAI le 9 août 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué suivre l'assurée depuis mai 2017, avoir pris connaissance du rapport d'expertise du 14 octobre 2016 et l'a qualifié de « très contestable ».

Le médecin-traitant reprochait à l'expert de décrire une série de crimes (attouchements sexuels relatés par l'assurée de l'âge de 12 à 15 ans de la part de proches), sans en tirer de conséquence, alors que, selon lui, ils avaient entraîné des « états répétés de sidération » tels que ceux que l'on observe dans la clinique du syndrome de stress post-traumatique. Le Dr B\_\_\_\_\_ estimait que l'expert avait banalisé les actes multiples de pédophilie qui lui avaient été rapportés alors même qu'ils avaient nécessairement eu des conséquences neurobiologiques et psychiques. Il a souligné que la gravité à long terme des atteintes entraînées dépendait en particulier de la répétition des événements traumatisants. Or, en l'espèce, il y avait eu multiplicité des agressions. Il y aurait là, de la part de l'expert, selon lui, une non-reconnaissance constitutive d'une nouvelle blessure pour sa patiente engageant la responsabilité de l'expert.

Selon le Dr B\_\_\_\_\_, la simple analyse des traumatismes subis tels que décrits par sa patiente devrait conduire à retenir les diagnostics d'état de stress permanent post-traumatique et d'état dissocié, incompatibles avec toute activité professionnelle.

Ensuite de quoi, le Dr B\_\_\_\_\_ s'est livré à une anamnèse familiale détaillée, à une anamnèse personnelle de sa patiente tout aussi détaillée, avant de relater ses observations cliniques et de conclure, pour sa part, à l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique et à un état dissociatif, dont il a expliqué qu'il exprimait différentes facettes de la personnalité de l'assurée au gré des circonstances et expliquait sa tendance à s'exposer à des situations à risque. Il a comparé la gravité des troubles psychiques de sa patiente à ceux observés chez les vétérans de la guerre du Vietnam, répété qu'elle avait été victime de « psycho-traumas à répétition », insisté sur le fait qu'un viol constitue un « grave problème de santé publique », s'est désolé que sa patiente n'ait pas reçu les soins appropriés et que la gravité de son état n'ait pas été prise en compte.

10. Le SMR a finalement retenu que les éléments rapportés par ces médecins, en particulier le Dr B\_\_\_\_\_, ne constituaient qu'une appréciation différente d'un même état de faits et qu'il n'y avait donc pas aggravation notable de l'état de santé susceptible d'influencer le droit à la rente.
11. Par décision du 24 octobre 2018, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, faute d'atteinte à la santé invalidante.
12. Par écriture du 23 novembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son médecin traitant, a interjeté recours contre cette décision.

En premier lieu, elle se plaint de l'absence de motivation de la décision litigieuse.

En second lieu, elle argue qu'une atteinte à la santé a été mise en évidence depuis longtemps, puisqu'en mars 2008, la Fondation Phenix l'a aidée à déposer une première demande de prestations.

La recourante conteste que sa toxicomanie soit d'origine primaire.

Elle reproche aux experts d'avoir occulté les actes criminels dont elle a été victime lorsqu'elle était enfant, pire d'avoir sous-entendu que les actes de pédophilie qu'elle a subis auraient été consentis.

Son médecin traitant affirme que cette non-reconnaissance est un facteur aggravant et que, partant, les experts seraient responsables de l'état de sa patiente.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 1<sup>er</sup> février 2019, a conclu au rejet du recours.

Il rappelle que deux expertises psychiatriques ont déjà eu lieu par le passé, que des décisions ont été rendues, qui sont entrées en force, qu'une anamnèse ne constitue par le récit objectif des éléments déterminants de la vie de l'assuré, mais au contraire, une démarche subjective visant à retracer ses antécédents médicaux et l'historique de ses plaintes, qu'il est donc primordial qu'elle soit le résultat du récit

de l'assuré et qu'en l'occurrence, aucun élément objectivement vérifiable de nature clinique ou diagnostique n'a été apporté qui aurait été ignoré précédemment.

14. Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> mars 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions par le biais de son médecin traitant, lequel a reproché à l'OAI de ne pas se déterminer sur les conséquences physiques et psychiques des violences subies par sa patiente.

### **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 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)).

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la dernière décision de refus de prestations, du 25 janvier 2017, au point de lui ouvrir droit à des prestations sous forme de rente d'invalidité.
6. Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue au motif que la décision litigieuse serait insuffisamment motivée.

a. Selon l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (al. 1). Les parties ont le droit d'être entendues (al. 2).

b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1).

La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst., celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b).

c. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b).

et les références). Elle peut se justifier en présence d'un vice grave notamment lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATAS/511/2014 du 16 avril 2014 consid. 13b ; ATAS/1081/2013 du 6 novembre 2013 consid. 4c ; ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4c ; ATA/126/2013 du 26 février 2013).

d. En l'occurrence, la motivation de la décision du 24 octobre 2018 apparaît certes pour le moins modeste, dans la mesure où l'intimé s'est contenté d'indiquer qu'au terme de l'instruction médicale, le SMR avait considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

Il n'en demeure pas moins que la recourante a pu interjeter recours auprès de la Cour de céans, avoir accès dans ce cadre à son dossier administratif complet et présenter dans la présente procédure librement ses objections et faire valoir en particulier la position de son médecin traitant devant la Cour de céans, laquelle dispose d'un pouvoir d'examen identique à celui de l'intimé.

En conclusion, la violation du droit d'être entendu dont se prévaut la recourante peut être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours.

7. Il convient à présent d'examiner le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
  - a. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).
  - b. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).
  - c. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles.

Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière.

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

8. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

9. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 l'atteinte n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

10. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

11. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

12. a. 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.

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.

b. 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).

c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. 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).

e. 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. À 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).

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).

14. En l'espèce, l'intimé étant entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assurée pour finalement la rejeter, il convient de vérifier si c'est à juste titre qu'il a considéré qu'aucune aggravation susceptible d'ouvrir droit à des prestations n'était intervenue depuis le 25 janvier 2017, date de sa précédente décision.

À l'époque, le droit aux prestations avait été nié sur la base de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, lequel était parvenu aux mêmes conclusions que l'expert G\_\_\_\_\_, fin 2011.

À l'époque, le Dr H\_\_\_\_\_ avait retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et à l'utilisation d'autres substances psychoactives, dont il a précisé qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, la toxicomanie devant être qualifiée de primaire. Pour le surplus, l'expert avait écarté le diagnostic de stress post-traumatique.

Les documents médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande ne font état d'aucune nouvelle atteinte, pas même d'une aggravation de son état, qu'elle n'allègue d'ailleurs pas.

En réalité, le Dr B\_\_\_\_\_ tente simplement de substituer sa propre appréciation à celle des experts s'étant précédemment prononcés, dont il convient de souligner que les conclusions ont été entérinées par deux décisions désormais entrées en force, celles des 25 mai 2012 et 25 janvier 2017. Il n'est dès lors pas question de réexaminer ici la valeur probante à accorder aux expertises des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, d'autant moins que le Dr B\_\_\_\_\_ n'apporte – quoi qu'il en soit – aucun élément objectif qui aurait été ignoré par ces derniers, mais se contente de critiquer la position du Dr H\_\_\_\_\_ et de souligner des circonstances anamnestiques qui – pour être certes tragiques – n'en étaient pas moins déjà connues des experts lorsqu'ils se sont prononcés. Or, à ce stade, la seule question litigieuse est de savoir si une aggravation susceptible d'avoir des conséquences en termes de droit aux prestations est survenue, ce qui n'est manifestement pas le cas, étant souligné, une fois encore, qu'une telle aggravation n'est pas même alléguée par la recourante et son médecin-traitant.

Néanmoins, si l'on en concluait sans autre qu'il n'y a pas matière à révision, cela reviendrait à prolonger, au-delà du revirement jurisprudentiel du 11 juillet 2019, une situation dans laquelle une toxicomanie qualifiée de « primaire » n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité et ne requiert par conséquent pas d'instruction.

S'il est vrai qu'un changement de jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de nouvelle demande ou de révision, une nouvelle demande devant reposer sur une modification des circonstances (ATF 141 V 585 consid. 5.3 précité), il n'en reste pas moins que lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande – ce qui est le cas en l'espèce –, elle doit examiner l'affaire quant au fond. Dans ce cas, elle ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement

important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, dès lors qu'elle se saisit du fond du dossier, elle doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 précité, consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, p. 507, n. 31 ad art. 31 LAI).

Dès lors, il incombera à l'intimée de procéder au réexamen du caractère invalidant - ou non - de la toxicomanie de la recourante à l'aune de la jurisprudence inaugurée par l'arrêt 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 - applicable au cas d'espèce, l'affaire étant pendante devant la Cour de céans au moment du revirement de jurisprudence - , d'ordonner une expertise psychiatrique comportant une grille d'analyse telle que décrite à l'ATF 141 V 281 et, cela fait, de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante.

15. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 24 octobre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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