

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/487/2014

ATAS/808/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2014

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, représentée par
PROCAP Service juridique

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Pierre-Bernard PETITAT
et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1967, a travaillé en tant que responsable de la logistique jusqu'en septembre 2006, date à laquelle elle a mis un terme à cette activité pour des raisons de santé.
2. En octobre 2006, l'assurée a subi des enregistrements polysomnographiques en raison d'une insomnie chronique auprès du laboratoire du sommeil des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans son rapport du 26 octobre 2006, la docteure B_____ a conclu que les modifications de l'architecture du sommeil étaient très probablement dues à la médication. Une augmentation de la fragmentation du sommeil était fréquemment retrouvée chez les patients dépendants aux benzodiazépines. Le médecin supposait que la pathologie motrice du sommeil était un effet secondaire du traitement antidépresseur de l'assurée.
3. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a confié une expertise au docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 29 décembre 2006, ce dernier a posé les diagnostics de personnalité avec traits *borderline* et narcissiques; de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilise actuellement la drogue (F 13.24); de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F 10.26); de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, actuellement abstinente (F 10.26); de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10); d'agoraphobie avec troubles paniques (F 41.0); et d'insomnie non organique (F 51.0).

Le psychiatre a considéré que l'épisode dépressif actuel était d'intensité moyenne. Il y avait une discordance entre les plaintes de l'assurée et ses constatations. Malgré l'attitude de fatigue et le ralentissement moteur initialement présents, l'assurée s'exprimait sans présenter de ralentissement du cours de la pensée. En revanche, elle paraissait attristée. Elle n'avait pas pleuré durant l'entretien, mais il n'y avait pas eu beaucoup de modulation de ses affects. L'état de tristesse était moyen. L'assurée n'avait pas de difficultés à restituer son anamnèse. Elle semblait présenter par moments quelques troubles de la concentration.

Le trouble dépressif actuel était responsable d'une incapacité de travail de 50 % tout au plus dans l'activité professionnelle habituelle de l'assurée. En revanche, cette dernière présentait d'importants troubles du sommeil avec une somnolence diurne d'intensité sévère, objectivés au laboratoire du sommeil. Cette somnolence était selon le Dr C_____ la principale cause de l'incapacité de travail de l'assurée, qui était actuellement complète. Il y aurait lieu de faire confirmer formellement cette appréciation par le laboratoire du sommeil des HUG. Un séjour hospitalier devait être organisé en janvier 2007 pour le sevrage d'Efexor® et la capacité de travail devrait être réévaluée par la suite. L'agoraphobie était une comorbidité de l'épisode dépressif. Elle n'entraînait pas d'incapacité de travail. L'assurée devait pouvoir reprendre une activité à temps complet dès le 1^{er} mars 2007.

4. Dans son rapport du 11 juillet 2007, le docteur D_____, médecin auprès du laboratoire du sommeil des HUG, a indiqué que l'assurée avait signalé une amélioration de son sommeil en parallèle à l'amélioration de son état dépressif. Elle relatait néanmoins une discrète hypersomnolence le jour, qui pouvait être liée à la prise de Rivoril®.
5. Dans leur rapport d'admission du 28 juillet 2008, les docteurs E_____ et F_____, médecins auprès du département de psychiatrie des HUG, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2); d'anxiété généralisée (F 41.1); et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique.
6. Le 4 janvier 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a relaté que l'assurée présentait depuis environ huit mois des sensations d'étourdissement associées à quelques nausées. Le bilan oto-neurologique était normal, hormis un petit nystagmus spontané à direction verticale vers le haut, ce qui orientait vers une atteinte centrale. Il pouvait s'agir d'un effet secondaire médicamenteux. Le médecin n'avait pas d'explication pour la petite asymétrie auditive.
7. Le 4 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression depuis 2004.
8. Par courrier reçu le 18 août 2011, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'OAI que les raisons qui justifiaient une rente d'invalidité étaient du ressort de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
9. Dans son rapport du 15 mai 2012, la Dre I_____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié depuis 2010 (F 45.1); de trouble dépressif récurrent, actuellement modéré sans symptômes psychotiques, sous antidépresseurs depuis 2005 (F 33.2); d'anxiété généralisée depuis 2005 (F 41.1); de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente (F 10.26); et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, actuellement abstinente (F 13.24). Elle a précisé qu'elle suivait l'assurée depuis 2006. Cette dernière avait été hospitalisée à plusieurs reprises. La psychiatre a tracé l'anamnèse de l'assurée, qui avait cessé de travailler en raison d'un *burn out*. Elle avait subi un surmenage et des angoisses de plus en plus invalidantes. Elle souffrait également d'insomnies, conformément aux résultats du laboratoire de sommeil, actuellement améliorées sous traitement. Depuis 2010, elle présentait également des vertiges accompagnés d'un sentiment de tangage. Les symptômes étaient permanents mais d'intensité variable. Elle présentait une symptomatologie chronique et invalidante tant au plan thymique que physique. L'évolution de l'assurée entraînait une détérioration de son autonomie, ainsi qu'une

désinsertion sociale et professionnelle. Le médecin a rapporté des épisodes de panique dans le cadre de l'état anxieux. L'assurée avait une présentation correcte mais démontrait une fatigue constante avec une très nette perte de l'élan vital et une tristesse récurrente. On pouvait remarquer un certain ralentissement moteur et le faciès était fréquemment triste. L'assurée était néanmoins collaborante. Le cours de sa pensée était bien structuré et cohérent. Il lui était difficile d'être régulière à ses entretiens en raison des vertiges qui la handicapaient beaucoup dans ses déplacements, qu'elle entreprenait rarement seule. L'assurée se plaignait d'un état de tristesse important avec une perte d'énergie, de fatigue et de troubles du sommeil, ainsi que de symptômes de tension et d'anxiété et de vertiges. Le pronostic était mauvais s'agissant de la psychopathologie et de la réinsertion, ainsi qu'au plan thymique et anxieux, très dépendant des problèmes de santé physique. L'incapacité de travail était totale depuis août 2006. L'activité exercée n'était plus exigible et on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Des mesures médicales étaient inutiles. En raison des vertiges, la Dresse I_____ a retenu toutes les limitations fonctionnelles énumérées dans l'annexe au questionnaire.

La Dresse I_____ a joint le rapport du 11 octobre 2010 de la doctoresse J_____, spécialiste FMH en neurologie. Cette dernière a fait état d'un examen neurologique dans les limites de la norme. L'assurée présentait une sensation d'ébriété inhabituelle depuis deux à trois mois, qui ne semblait pas être en relation avec les troubles thymiques ou la prise de médicaments. Une IRM cérébrale n'avait amené aucune explication. Il existait quelques anomalies de signal de la substance blanche de très petite taille, qui paraissaient d'aspect aspécifique et sans argument pour une maladie inflammatoire. Dans ce contexte, un bilan otoneurologique était organisé.

Elle a également annexé le rapport de consultation d'oto-neurologie établi le 16 septembre 2011 par les docteurs K_____, L_____ et M_____, médecins auprès des HUG, qui ont fait état de vertiges rotatoires. L'otoscopie et l'acoumétrie étaient normales. L'assurée présentait un discret nystagmus. Le diagnostic restait ouvert, le nystagmus pouvant orienter vers un syndrome otolithique. Lors de la deuxième consultation, l'assurée avait paru particulièrement tendue et crispée et se plaignait désormais de vertiges journaliers. Ces éléments méritaient d'être revus par un neurologue et un psychiatre.

10. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 20 août au 10 septembre 2012 pour un soutien psychologique et un éloignement des facteurs de stress. Les doctresses N_____ et O_____ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), un trouble anxieux généralisé (F 41.9), des reflux gastro-oesophagiens (K 21.0) et des vertiges (H 81.1).
11. Dans leur rapport du 5 février 2013, le Professeur P_____ et la doctoresse Q_____, médecins au département de psychiatrie des HUG, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2); de trouble panique avec agoraphobie (F 40.01); et de trouble

somatoforme sans précision (F 45.9). Ils ont relevé que l'anamnèse et les questionnaires mettaient en évidence un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était sévère. Les vertiges présentés par l'assurée s'étaient compliqués d'attaques de panique, puis d'un trouble panique avec agoraphobie. Le fait d'être dépendante de sa mère ou de sa tante pour tout déplacement accentuait son sentiment de maladie grave et de perte d'estime d'elle-même.

12. L'OAI a confié une expertise neurologique et psychiatrique à la clinique CORELA.

Dans leur rapport du 30 septembre 2013, comprenant 167 pages, les doctresses R_____, spécialiste en neurologie, et S_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont résumé le dossier de l'assurée, dont elles ont relaté les plaintes en reprenant également celles qui ressortaient des précédents rapports médicaux. L'assurée disait ne plus avoir envie de se faire à manger, ni de s'occuper d'elle-même. Ces activités étaient devenues très difficiles et le ménage était le cadet de ses soucis. Sa vie sociale se résumait à son environnement médical, avec toutes les inquiétudes autour de sa santé. Elle passait des journées entières chez elle à ne voir personne mais bénéficiait du soutien et de la présence de sa mère. Depuis peu, l'assurée arrivait à lire et à tenir toute la journée devant la télévision. Elle évoquait son activité professionnelle avec beaucoup de tensions, de regrets et d'amertume, tout en déclarant être très remontée contre son dernier employeur, lequel l'avait recrutée mais ne l'avait pas intégrée dans son équipe.

Au plan neurologique, l'assurée a indiqué qu'elle avait progressivement présenté des vertiges avec sensation d'ébriété et impression d'oreilles bouchées dès juillet 2010. Calmés par la position allongée, ces troubles étaient permanents, accompagnés d'une fatigue inhabituelle et de rares nausées. D'autre part, l'assurée souffrait de sensations d'engourdissement et de fourmillement au niveau des mains, des pieds et parfois des joues, bilatérales mais prédominant à gauche, exacerbées par la fatigue et le stress, à prépondérance diurne. Survenant par intermittence et durant quelques minutes, cette symptomatologie avait été assimilée à un état anxieux par un neurologue. Une nette amélioration avait été décrite par la suite, mais avec des plaintes résiduelles d'un très discret engourdissement des deux mains, influencées par la position.

Les expertes ont ensuite retracé l'historique médical de l'assurée, reprenant également dans ce cadre les éléments anamnestiques ressortant des rapports médicaux versés au dossier, avant de procéder à une analyse par diagnostics.

Dans ce cadre, du point de vue neurologique, l'experte a une nouvelle fois énuméré les plaintes de l'assurée telles qu'elles ressortaient notamment des rapports médicaux. Elle a ajouté que la symptomatologie vertigineuse n'était actuellement pas permanente, mais apparaissait quotidiennement par crises de deux à quatre heures, d'allure rotatoire, sans horaire de prédilection ni facteur déclenchant. Il s'installait ensuite une impression de mal-être permanente. Ces vertiges étaient

exacerbés par la position debout ou assise, améliorés en position allongée avec la tête un peu surélevée, mais pas à plat.

La neurologue a réalisé un examen clinique, qu'elle a comparé aux résultats obtenus précédemment par les médecins. Dans ce contexte, elle a à nouveau cité des extraits des rapports médicaux établis auparavant. Elle a noté que le vertige rotatoire était un symptôme et non un diagnostic. Dans le cas présent, il était sans étiologie neurologique au vu de l'examen clinique normal et de l'absence d'anomalie morphologique à l'IRM cérébrale. Au jour de l'expertise, le nystagmus n'était pas retrouvé comme tel. On n'observait qu'un discret nystagmus horizonto-rotatoire dans le regard latéral droit épuisable, tout à fait banal et physiologique. La petite asymétrie auditive rapportée par les précédents médecins n'était pas retrouvée par l'experte. La Dresse R_____ s'est écartée de l'avis d'un de ses confrères, selon lequel la sensation d'ébriété inhabituelle avec vertiges rotatoires et gênes auditives n'était pas en lien avec des troubles thymiques ou avec les médicaments. En effet, il s'agissait de symptômes banals sans substrat neurologique sous-jacent et l'assurée indiquait que les crises étaient aggravées par la fatigue et le stress. S'agissant des insomnies, les troubles semblaient clairement liés à l'état dépressif et aux effets indésirables de la médication. Sur ce plan, la nette amélioration rapportée par la Dresse I_____ était confirmée par l'absence de toute plainte au jour de l'examen. Aucune limitation d'ordre neurologique n'était retenue en l'absence de diagnostics neurologiques objectivables. Les troubles décrits n'ayant aucune explication neurologique objectivable, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail relative à ces symptômes. La capacité de travail avait ainsi toujours été complète, sans diminution de rendement. L'experte a toutefois retenu un possible syndrome canalaire (nerf cubital au coude, canal carpien) en raison de l'engourdissement et des fourmillements des mains, des pieds et des joues relatés par la Dresse J_____. A l'examen clinique, elle a constaté un signe de Tinel positif au tunnel carpien gauche et une hypoesthésie auriculaire gauche. Elle préconisait un électroneuromyographe des membres supérieurs pour l'investigation des syndromes de compression. Cette atteinte évoluerait défavorablement, mais une décompression chirurgicale permettrait la guérison. S'agissant des engourdissements et des fourmillements des pieds, ils ne suivaient pas de territoire radiculaire spécifique. Ainsi, ces symptômes ne pouvaient être attribués à un diagnostic neurologique objectivable. Toute activité nécessitant d'avoir les coudes fléchis de façon prolongée ne pouvait être effectuée si le diagnostic de syndrome canalaire bilatéral devait être confirmé. Toutefois, le poste de responsable des achats et de la logistique ne sollicitait pas les coudes en position fléchie de façon prolongée. Ainsi, aucune limitation ne pouvait être retenue dans cette activité professionnelle.

Au plan psychique, l'experte a rapporté que l'assurée n'avait pas de plainte en lien avec le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Elle évoquait simplement un long passé d'éthylodépendance en signalant qu'elle était actuellement abstinente. La Dresse S_____ a ensuite relaté ses

observations cliniques. L'assurée ne présentait pas de désorientation temporo-spatiale ni de confusion, ni de troubles de la mémoire, quoique certains souvenirs soient difficiles à retrouver. Il n'existait pas de troubles d'allure psychotique ou dissociative, ni de production hallucinatoire. S'agissant de la dépendance à l'alcool, le médecin notait l'absence de symptômes d'imprégnation aiguë (*fætor*, ébriété) ou de sevrage récent à l'alcool (*tremor*, sueurs profuses, hallucinose, tremblements) ou encore de symptômes physiques (dysesthésies des membres inférieurs). Par contre, on relevait des symptômes chroniques d'imprégnation avec un teint rougeaud et vultueux et une légère couperose. Au moment de l'examen, l'assurée rapportait n'avoir plus bu de boissons alcooliques depuis environ six mois. Les résultats biologiques corroboraient ses dires. L'experte a noté que le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, syndrome de dépendance, posé en 2006 semblait avoir été motivé par des angoisses de plus en plus invalidantes et des insomnies, dans un contexte de surcharge au travail. Enfin, on pouvait également retenir le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, actuellement abstinente, évoqué lors de l'expertise de psychiatrie de 2006.

La Dresse S_____ a affirmé que le diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'alcool était primaire et non secondaire à un autre diagnostic, avec une histoire familiale de dépendance à l'alcool dans la lignée paternelle. Or, un trouble primaire était réputé non invalidant. En revanche, les conséquences de ce trouble pouvaient l'être. Elles seraient le cas échéant évaluées indépendamment de ce diagnostic.

S'agissant de la dépendance aux benzodiazépines, l'assurée bénéficiait d'une double prescription de benzodiazépines, soit le Seresta® et le Xanax®. Elle prenait également du Trittico®, composé psychoactif sédatif ayant à la fois une visée antidépressive et anxiolytique. Le dépistage des benzodiazépines était positif. Par contre, le taux sérique du Trittico® était en-deçà des valeurs de détection. La poursuite des consultations psychiatriques ou en addictologie était nécessaire afin de soutenir la démarche d'abstinence actuelle. Il n'y avait pas de bénéfices particuliers à tirer de la prescription de deux benzodiazépines, surtout lorsqu'on connaissait la dépendance de l'assurée, et l'une des deux molécules devrait être supprimée. A terme, un sevrage progressif devrait être réalisé. Une abstinence à l'alcool était exigible. La psychiatre avait indiqué à l'assurée que seule cette abstinence résolue lui permettrait de recouvrer son efficacité mentale et physique et une qualité de vie sociale, voire professionnelle, satisfaisante. Elle a décrit que l'assurée était dans une forme d'anesthésie affective, apathique et très fragilisée, ce qui était certainement en lien avec la consommation ancienne de boissons alcoolisées. On ne relevait aucune limitation des fonctions psychiques en raison des diagnostics liés à la dépendance. En effet, il s'agissait de troubles primaires et non invalidants. Les quelques difficultés de concentration et la fatigue rapportées par l'assurée étaient à mettre en lien avec le déconditionnement en cours depuis de nombreuses années plutôt qu'avec la prise actuelle de benzodiazépines. Compte

tenu du caractère primaire des troubles, ils n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Le trouble dépressif récurrent modéré retenu par la Dresse I _____ a été écarté par la Dresse S _____, au motif que depuis de très nombreuses années, le tableau clinique d'allure dépressive avait été largement influencé par une problématique de dépendance à l'alcool. Or, l'épisode dépressif ne devait pas être imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive. En l'espèce, le problème d'alcool était au premier plan de l'histoire psychiatrique de l'assurée, avec des antécédents familiaux. Dès lors, il était tout à fait vraisemblable que la symptomatologie anxio-dépressive décrite de longue date ne soit en réalité pas une problématique dépressive mais une symptomatologie secondaire aux abus chroniques d'alcool.

Les plaintes en lien avec ces symptômes étaient les suivantes. L'assurée disait aller très mal, être dans une forme de mélancolie depuis toujours et ne pas pouvoir s'en sortir. Elle exprimait une forme d'avenir bouché et avait besoin de vivre au jour le jour pour pouvoir s'en sortir. L'assurée se disait triste et faisait état de troubles du sommeil. Un rien la fatiguait et elle avait du mal à se concentrer et à gérer une activité au quotidien. Elle rapportait également une forme d'apathie, une humeur non fluctuante, plutôt décrite comme une forme d'anesthésie affective. Enfin, elle évoquait un sentiment de peur et de fragilité. Toutefois, de manière contradictoire, à un autre moment de l'entretien, elle avait indiqué que la symptomatologie la plus patente avait eu lieu plus tôt l'année précédente, avant son hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana. Les symptômes s'étaient beaucoup apaisés et amendés au jour de l'entretien. Le score de 27 à l'auto-questionnaire de Beck, indiquant une dépression moyenne, devait être pondéré. En effet, l'analyse spécifique montrait que les items relatifs aux symptômes majeurs de la dépression, tels que la tristesse, l'anhédonie ou les troubles de la concentration, étaient influencés de façon massive et ne correspondaient pas à la situation clinique objectivable au jour de l'expertise. La psychiatre a repris les critères diagnostiques de la dépression. Le critère de la tristesse de degré nettement anormal, pratiquement toute la journée, dans une large mesure non influencée par les circonstances depuis au moins deux semaines, appelait les commentaires suivants. Bien que l'assurée se décrive comme triste en permanence, il s'agissait d'une tristesse de longue date qui n'était pas plus marquée au cours de ces dernières semaines. On observait plutôt une forme d'anesthésie affective. Ce critère ne pouvait donc pas formellement être retenu. Quant à la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables, ce critère était *a priori* présent si on se référait au déroulement de la vie quotidienne. Cependant, d'autres facteurs devaient être pris en considération, notamment la dépendance aux benzodiazépines qui pouvait générer une certaine fatigue, la procrastination ou encore la personnalité même de l'assurée. Le critère de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité était retrouvé si l'on se fiait aux propos de l'assurée, qui se disait extrêmement fatiguée. Cependant, cette fatigue n'était pas objectivée au jour de

l'expertise et ne pouvait s'expliquer sur le plan dépressif. Les critères diagnostiques mineurs tels que confiance et estime, culpabilité n'étaient pas réalisés. On constatait que la concentration était difficile. Néanmoins, on ne voyait pas de troubles de l'attention. Les idées de mort n'étaient pas évoquées. L'assurée présentait une irritabilité et une susceptibilité plutôt qu'une agitation psychomotrice. Le sommeil avait été perturbé jusqu'à peu.

L'experte a exposé qu'on pouvait comprendre que les médecins traitants aient pensé à un diagnostic de trouble dépressif récurrent, eu égard à l'apparition de plusieurs décompensations d'allure dépressive depuis 1997 et en l'absence d'épisodes répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque. Cependant, il existait un critère d'exclusion majeur de ce critère, à savoir l'utilisation de substances psychoactives. En effet, dans une situation clinique où il existait une dépendance à l'alcool de longue date, avec un terrain génétique et familial connu, il était cliniquement délicat de retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent, les épisodes dits dépressifs ayant tout à fait pu être engendrés et décompensés par la consommation excessive et chronique d'alcool, notoirement connue pour générer de telles symptomatologies. Aussi, sans nier l'existence des symptômes dépressifs au cours de ces dernières années, ceux-ci ne pouvaient pas être rangés avec certitude dans un diagnostic de trouble dépressif récurrent, mais s'inscrivaient comme une comorbidité à l'alcoolisme chronique. D'ailleurs, au jour de l'expertise, alors que l'assurée était abstinente depuis au moins six mois, elle parlait d'une amélioration des symptômes, même si le discours restait ambigu à ce propos. L'experte a également exclu les diagnostics d'anxiété généralisée et d'épisodes aigus de panique. L'assurée s'était plainte d'une sensation vertigineuse depuis 2010, se compliquant par une forme d'angoisse et d'anxiété. Par ailleurs, elle rapportait une difficulté à sortir seule et la nécessité de la présence de quelqu'un en permanence, en particulier sa mère, dans ses déplacements. Elle disait avoir peur de tout. Le score de 58 à l'auto-questionnaire de Spielberger, traduisant une tendance naturelle anxieuse élevée, devait être pondéré car l'auto-questionnaire était reconnu comme naturellement auto-inducteur. Ainsi, la tendance naturelle anxieuse de l'assurée pouvait être évaluée à un niveau moyen. Les critères cliniques et les symptômes diagnostiques n'étaient pas retrouvés lors de l'expertise. En particulier, hormis le fait de craindre les déplacements hors du domicile, l'assurée ne donnait pas de détails de ses peurs de la vie quotidienne, à domicile. S'agissant des troubles paniques, dont l'assurée affirmait qu'ils pouvaient survenir alors qu'elle était seule chez elle au calme ou à l'extérieur, le médecin a relevé que les symptômes se manifestaient surtout lorsque l'assurée fréquentait les endroits publics, comme les grandes surfaces, le cinéma et le bus. Il s'agissait dès lors la plupart de temps de crises survenant dans des situations bien particulières et il était étonnant qu'elle n'ait pas mis en place de conduite d'évitement. L'experte a conclu que si l'existence d'une symptomatologie anxieuse n'était en aucun cas déniée, elle ne s'inscrivait toutefois pas dans un diagnostic bien spécifique du registre des troubles anxieux. En effet, les phénomènes d'anxiété évoluaient depuis de

nombreuses années en parallèle à la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines. Or, lors des périodes de sevrage aux substances, lorsque le taux de substance dans le sang diminuait, des phénomènes d'allure anxieuse pouvaient apparaître et mimer par exemple des attaques de panique, avec tout un cortège de symptômes neurovégétatifs. Après le sevrage à une substance, il persistait une longue période de fragilité où de telles manifestations pouvaient se poursuivre. Dès lors, un trouble panique ne pouvait être formellement retenu, tout comme une anxiété généralisée. Il était donc possible que les événements anxieux épisodiques aient correspondu à des symptomatologies cliniques de sevrage médicamenteux et éthylique. L'experte a pour le surplus exposé pour quels motifs elle s'écartait des diagnostics de ses confrères. En l'absence de diagnostic psychiatrique, aucune limitation n'était retenue.

En ce qui concernait le trouble somatoforme indifférencié retenu par la Dresse I_____, l'assurée avait des plaintes somatiques sous forme de sensations vertigineuses depuis 2010, pour lesquelles aucune explication organique n'avait été trouvée et persistant malgré les traitements. Selon l'experte, les plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans et ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable n'étaient pas présentes en dehors des phénomènes de vertige, lesquels n'étaient pas des plaintes somatoformes très classiques. Partant, ce critère diagnostique n'était que partiellement rempli et le diagnostic de somatisation ou de trouble apparenté ne pouvait être retenu. La Dresse S_____ a au demeurant rajouté que les critères permettant de retenir le caractère invalidant d'un trouble somatoforme n'étaient quoi qu'il en soit pas réalisés en l'espèce. Selon l'analyse de l'experte, aucun diagnostic pathologique de la personnalité ne pouvait être retenu, principalement en raison de l'existence d'un trouble primaire sous forme de dépendances présentes de très longue date (cannabis dans l'adolescence et le jeune âge adulte, puis tabac, alcool et benzodiazépines) qui constituait un facteur d'exclusion. Il existait indéniablement une vulnérabilité psychique et une forme de fragilité narcissique, lesquelles pourraient expliquer le retentissement majeur du licenciement de l'assurée et ses précédents conflits relationnels. A partir de là, on relevait, de manière discrète mais évidente, de nombreuses mises en échec des traitements proposés. A cela s'ajoutaient des traits de personnalité dépendante, lesquels pouvaient actuellement s'exprimer dans toute leur ampleur à travers les symptômes dont l'assurée se plaignait et qui nécessitaient une aide constante de sa mère pour faire face au monde extérieur. Ces traits de personnalité et cette vulnérabilité psychique ne pouvaient néanmoins pas être considérés comme invalidants en soi puisqu'ils ne l'avaient jamais empêchée de travailler par le passé. Toutefois, la question des bénéfices primaires et secondaires que l'assurée retirait depuis plusieurs années de la symptomatologie mise en avant se posait. Alors que l'assurée la mettait constamment en avant devant le corps médical pour expliquer son incapacité à réintégrer le monde du travail, elle passait sous silence l'influence de ses consommations d'alcool par le passé et de celles encore actuelles de benzodiazépines sur ses plaintes. Or, la dépendance à l'alcool était sans aucun

doute le fil rouge conducteur de l'histoire médicale de l'assurée et c'était à travers ce prisme qu'il fallait comprendre la chute socioprofessionnelle apparue dès 2006.

Le pronostic quant à la réintégration professionnelle restait très incertain, vu la dynamique psychique dans laquelle l'assurée se trouvait. En effet, des années après son licenciement, elle évoquait encore son dernier emploi avec beaucoup de regrets, d'amertume, voire de colère. Mais surtout, elle déclarait n'avoir strictement aucun projet professionnel, que ce n'était pas sa priorité et qu'il n'y avait pas lieu d'évoquer le sujet.

13. Dans son avis du 24 octobre 2013, la doctoresse T_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a noté que l'expertise, à laquelle elle se ralliait, avait été réalisée selon les règles de l'art et concluait à l'absence d'atteinte incapacitante aux plans neurologique et psychiatrique. La capacité de travail était entière dans toute activité et il n'existait aucune limitation fonctionnelle.
14. Le 15 novembre 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, refusant l'octroi de prestations. Il a relevé qu'une dépendance à des substances toxiques ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain. En l'espèce, selon le SMR, il n'existait pas de maladie invalidante au sens de la loi car la toxicomanie ne résultait pas d'une atteinte à la santé.
15. L'assurée a contesté le projet de l'OAI par courrier du 12 décembre 2013. Elle lui a fait grief de ne pas tenir compte de ses sévères troubles dépressifs récurrents, de ses graves troubles paniques, de ses vertiges et de ses troubles somatoformes. Elle a joint un courrier du 12 décembre 2013 de la Dresse Q_____ soulignant l'importance des limitations de l'assurée en raison de son agoraphobie. Ce médecin s'étonnait que la décision soit principalement basée sur la problématique alcoolique, dont le diagnostic n'était plus retenu. La symptomatologie agoraphobique avait évolué vers la chronicité et le pronostic était réservé.
16. Dans son avis du 9 janvier 2014, la Dresse T_____ a rappelé que l'experte en psychiatrie n'avait pas retenu de diagnostic d'agoraphobie du fait de l'existence d'un problème de dépendance. Partant, les éléments rapportés par la Dresse Q_____ ne modifiaient pas la position du SMR.
17. Par décision du 13 janvier 2014, l'OAI a confirmé le refus de prestations en reprenant la motivation exposée dans son projet du 15 novembre 2013.
18. Par écriture du 17 février 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, au fond à l'annulation de la décision, à ce que son droit aux prestations soit constaté, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, expertise et nouvelle décision. Elle a relevé que les expertes de la clinique CORELA avaient procédé à une expertise analytique par diagnostics. Il y avait lieu de contester cette méthode car les expertes n'avaient pas

de vision globale. Le rapport manquait également de clarté, ce qui empêchait la recourante d'exercer son droit d'être entendu car la Dresse Q_____ ne disposait pas du temps nécessaire pour se déterminer sur ce document. Les médecins de la clinique CORELA excluait les troubles dépressifs et anxieux au motif qu'ils seraient la conséquence de l'alcoolisme. Or, de jurisprudence constante, les maladies provoquées par une dépendance entraînant une atteinte à la santé devaient être prises en considération dans l'évaluation de la capacité de gain. Cette erreur de raisonnement remettait totalement en question la valeur probante de l'expertise. La recourante a contesté l'analyse des experts s'agissant de l'alcoolisme, relevant qu'il ne s'agissait pas d'une maladie précoce comme les expertes voulaient selon elle le démontrer, puisque la première tentative de sevrage datait de 2004 et que la consommation d'alcool n'avait jamais entraîné de réel dysfonctionnement au plan professionnel avant 2006. Elle a reproché aux expertes de ne pas avoir expliqué pour quels motifs elle avait pu fonctionner parfaitement au plan socioprofessionnel jusqu'à 2004 en tout cas, tout en retenant une certaine vulnérabilité qui ne lui avait plus permis de contrôler sa consommation d'alcool après des années de fonctionnement normal. Elle a affirmé que son anamnèse évoquait une dépendance induite par un trouble de la personnalité. Eu égard aux contradictions du rapport de la clinique CORELA, une nouvelle expertise s'imposait.

Elle a produit un courriel de la Dresse Q_____ du 11 février 2014, suggérant une contre-expertise.

19. Dans sa réponse du 19 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a souligné que la dépendance ne constituait pas une invalidité au sens de la loi mais qu'elle était prise en compte si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ayant valeur de maladie. Il a ajouté que la recourante ne produisait aucun élément médical objectif permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise réalisée. Les expertes avaient au demeurant discuté tous les diagnostics évoqués et fait une synthèse, de sorte que les griefs de la recourante tombaient à faux. Cette dernière se contentait de substituer ses conclusions à celles des experts. La longueur de l'expertise n'avait aucune incidence sur le droit d'être entendu, puisque la recourante pouvait la soumettre à l'avis d'un autre médecin.
20. Par réplique du 15 avril 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. S'agissant de l'analyse neurologique niant l'existence d'une cause objectivable, elle a relevé qu'une origine médicamenteuse aux vertiges avait pourtant été évoquée par l'experte en neurologie. Elle a soutenu qu'il était inadmissible de ne pas tenir compte des troubles anxieux et dépressifs en raison d'une dépendance à l'alcool. Elle a affirmé que l'existence de troubles de l'humeur indépendants de la dépendance était établie.
21. Dans sa duplique du 17 avril 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à plusieurs passages de l'expertise.

22. La Chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante le 22 avril 2014.
23. A la même date, les parties ont été informées que la cause était 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en force le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le recours porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

6. Conformément à l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a).

7. 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 102 V 165; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative

insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_706/2012 du 1^{er} juillet 2013 consid. 3.2, Arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2).

8. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue

durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 LPG), 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

10. Il y a lieu de déterminer si l'expertise rendue par les Dresses R_____ et S_____ correspond aux exigences exposées ci-dessus.

Il est vrai que la lecture de cette expertise, très volumineuse, est malaisée en raison des innombrables redites qu'elle comprend. Les expertes ont en effet répété tous les éléments qui ressortaient des rapports médicaux versés au dossier dans les chapitres concernant l'anamnèse médicale et personnelle, les plaintes, les constatations lors de l'examen clinique et les diagnostics. Il est ainsi difficile de distinguer entre les éléments rapportés par la recourante aux médecins de la clinique CORELA, les observations cliniques de ces dernières, les plaintes relatées dans d'anciens rapports médicaux et les éléments tirés de la lecture du dossier médical. Du point de vue de la structure, cette expertise se situe ainsi à la limite de ce qui est acceptable. Cela étant, elle comprend tous les éléments nécessaires du point de vue formel pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, conformément à la jurisprudence. En effet, la neurologue et la psychiatre ont pris connaissance du dossier médical de la recourante, ont établi une anamnèse, relaté ses plaintes et procédé à un examen clinique avant de livrer leurs diagnostics. S'agissant des atteintes retenues, elles ont soigneusement motivé les raisons pour lesquelles elles s'écartaient, cas échéant, des diagnostics des médecins traitants de la recourante, et leurs conclusions relatives à l'incidence des troubles de la recourante sur sa capacité de travail sont conformes à la jurisprudence en matière de dépendance.

Il n'existe d'ailleurs aucun élément médical permettant de remettre en cause le rapport des Dresses R_____ et S_____. Au plan neurologique, les constatations de l'experte rejoignent largement celles des spécialistes consultés par la recourante. En effet, le Dr G_____ a relevé que le bilan oto-neurologique était normal en janvier 2011, à l'exception du nystagmus, qui avait disparu lors de l'examen par la Dresse R_____. Les spécialistes des HUG n'ont pas non plus trouvé d'explication organique aux vertiges de la recourante dans leur rapport de septembre 2011, à

l'instar de la Dresse J _____ dont l'examen s'est révélé dans la norme. L'IRM n'a pas non plus permis de retrouver un substrat neurologique à la base des troubles de la recourante. Or, conformément à la jurisprudence citée, en l'absence de substrat physiologique permettant d'expliquer les symptômes somatiques d'un assuré, il n'y a lieu d'en tenir compte. En outre, les médecins traitants ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante.

Du point de vue psychique, s'agissant en particulier de l'expertise réalisée par le Dr C _____ en 2006, elle fondait l'incapacité de travail retenue essentiellement sur les troubles du sommeil relevés par le laboratoire du sommeil des HUG. Cependant, cette atteinte s'est considérablement améliorée depuis lors, comme cela ressort du rapport du 15 mai 2012 de la Dresse I _____. Quant au trouble dépressif récurrent retenu par l'expert en 2006, justifiant selon ce dernier une capacité de travail réduite de 50 %, il n'a à l'époque pas été analysé à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de dépendance. En ce qui concerne l'agoraphobie, dont la Dresse Q _____ a affirmé qu'elle entraînait d'importantes limitations fonctionnelles dans son rapport du 12 décembre 2013, le Dr C _____ l'a qualifiée de comorbidité à l'épisode dépressif et n'a pas non plus retenu d'incapacité de travail à ce titre. Les explications données par la Dresse S _____ sur la survenance de tels épisodes sont au demeurant convaincantes. On notera en outre que la Dresse I _____, dans son rapport du 15 mai 2012, a lié les limitations fonctionnelles retenues non pas aux troubles psychiques mais aux vertiges. Si ce médecin a certes retenu une incapacité de travail totale pour le surplus, elle n'a pas motivé cette appréciation.

Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun élément permettant de s'écarter des conclusions des expertes, aux termes desquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans son activité habituelle. Les griefs de la recourante ne le justifient pas non plus. Cette dernière s'en prend à la méthode analytique des expertes et allègue qu'elle ne permet pas une vision d'ensemble de sa situation médicale. Or, la neurologue de la clinique CORELA ne s'est pas cantonnée aux seuls diagnostics neurologiques évoqués par les médecins traitants, puisqu'elle a évoqué un possible syndrome canalaire, qui ne ressort pas des autres rapports médicaux. Cela démontre que l'analyse par diagnostics, si elle a dans le cas présent ses limites en raison de la structure inutilement lourde et compliquée qu'elle implique, n'a pas empêché les expertes d'investiguer tous les troubles de la recourante. Ce grief tombe dès lors à faux. Quant au fait que par son volume, l'expertise ne permettait pas à la psychiatre traitante de faire part de ses observations sur ce document, il faut relever que le projet de décision de l'intimé est daté du 15 novembre 2013 et que la recourante a interjeté recours près de trois mois plus tard. Ce délai devait permettre à la recourante de recueillir l'avis de la Dresse Q _____, malgré la proximité de l'expertise CORELA. De plus, en tant que la recourante allègue que les troubles induits par la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines doivent être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de

gain, elle méconnaît la jurisprudence rappelée ci-dessus sur les comorbidités psychiatriques à la dépendance. Quant au fait que son anamnèse évoquerait l'existence d'un trouble de la personnalité induisant ses problèmes d'alcool – ce qui permettrait de considérer que la dépendance a un caractère secondaire et d'en tenir compte dans l'appréciation de l'invalidité – on notera qu'aucun des autres psychiatres n'a retenu de tel trouble, le Dr C_____ ayant évoqué des seuls traits de personnalité *borderline* et narcissiques. Enfin, contrairement à ce que la recourante affirme, la Dresse S_____ a bel et bien donné une explication à la déchéance socioprofessionnelle que celle-ci connaît depuis 2006, puisqu'elle a indiqué que la problématique alcoolique est à son origine.

Par conséquent, compte tenu du fait que l'expertise CORELA doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. En effet, si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

11. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, elle supporte l'émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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