

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/789/2009

ATAS/363/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 14 avril 2010**

En la cause

Madame F\_\_\_\_\_, domiciliée au LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame F \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1960, d'origine italienne, est arrivée en Suisse en 1988 et a été naturalisée suisse. Elle est divorcée et mère de sept enfants. Sans formation professionnelle ni activité lucrative, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 28 mai 2003 visant à l'octroi d'une rente.
2. Le 27 juin 2003, en répondant à un questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré de l'OAI, l'assurée a indiqué que, si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité de type aide ménagère par besoin financier en plus de la tenue de son ménage.
3. Par rapport médical du 16 août 2003, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, des troubles délirants de type persécutoire et une personnalité dépendante chez l'assurée, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il considérait notamment que l'incapacité de travail était de 100% depuis environ 1999 jusqu'à ce jour, que la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
4. Dans un rapport médical rendu le 6 avril 2004, la Dresse M \_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, Département de psychiatrie, Consultation-Servette, a également diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et une personnalité dépendante (F60.7) chez l'assurée, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Par contre, elle a indiqué que le pronostic pouvait être bon avec un encadrement et un soutien. En effet, elle considérait que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées.

Par ailleurs, la Dresse M \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques de l'assurance-invalidité fédérale, dans lequel elle a indiqué que les affections médicales de l'assurée entraînaient une incapacité de travail de 50%.

5. Par avis médical du 27 janvier 2005, la Dresse N \_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué avoir soumis l'examen du dossier de l'assurée à la Dresse O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie au SMR. L'assurée était convoquée au SMR pour un examen psychiatrique dans le but de clarifier la récurrence de la dépression, versus une dépression réactionnelle s'améliorant, les dates et l'évolution des incapacités de travail ainsi que les limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Suite à cet examen psychiatrique pratiqué le 16 mars 2006, la Dresse O\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, non décompensé (F60.30), des troubles mentaux et un trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). Toutefois, elle a indiqué que ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. La Dresse O\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante et que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité et comme ménagère.

Dans un rapport d'examen SMR du 25 juillet 2006 se rapportant à l'examen psychiatrique pratiqué par la Dresse O\_\_\_\_\_, la Dresse N\_\_\_\_\_ a conclu qu'il n'y avait aucune atteinte principale à la santé au sens de l'AI, que la capacité de travail exigible était de 100% tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle.

6. Suite au projet de décision de l'OAI niant le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité du 31 juillet 2006, projet que l'assurée a contesté par courrier du 9 août 2006, la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a certifié à l'OAI, par courrier du 7 septembre 2006, suivre l'assurée depuis le 29 août 2006.
7. Néanmoins, par décision du 20 novembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée aux motifs que, suite à l'examen médical du 16 mars 2006, elle ne présentait aucune maladie invalidante entraînant une incapacité de travail et que le courrier de la Dresse P\_\_\_\_\_ ne permettait pas à l'OAI de modifier ses conclusions.
8. En date du 30 novembre 2006, l'assurée a interjeté un recours contre cette décision devant le Tribunal de céans. Son recours n'était toutefois pas signé, et l'assurée n'a pas retourné l'acte de recours signé dans le délai imparti. Ainsi, le Tribunal de céans a déclaré le recours irrecevable par jugement ATAS/63/2007 du 24 janvier 2007.
9. L'assurée a alors recouru auprès du Tribunal fédéral, lequel, par arrêt du 14 juin 2007, a annulé le jugement du 24 janvier 2007 du Tribunal de céans et lui a renvoyé la cause pour nouveau jugement sur le fond.
10. Par préavis du 24 septembre 2007, l'OAI a proposé le rejet du recours de l'assurée, au motif qu'il ressortait du rapport d'examen psychiatrique circonstancié daté du 16 mars 2006 du SMR que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé d'une importance telle qu'elle devait être considérée comme invalidante.
11. Suite à la comparution personnelle des parties du 24 octobre 2007, la cause a été gardée à juger.

12. Par arrêt du 5 décembre 2007, le Tribunal de céans a admis le recours de l'assurée, a annulé la décision de l'OAI du 20 novembre 2006 et à renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
13. Dans son rapport médical du 12 mars 2008, la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin interne au département de psychiatrie des HUG, a indiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (F33.1) et une agoraphobie (F40.0) comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, et une personnalité dépendante (F60.7) comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Au titre des restrictions existantes chez l'assurée, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a évoqué le fait que l'assurée n'arrivait pas à sortir seule de chez elle et se trouvait très angoissée dans les lieux publics ou au milieu de la foule, limitations qui ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a émis un pronostic réservé, mais a toutefois envisagé une éventuelle reprise de l'activité professionnelle à 40% dans un environnement avec peu d'exigences. De plus, elle a souligné que la capacité de concentration de l'assurée serait limitée par l'anxiété, sa capacité de compréhension limitée par le niveau de scolarisation jusqu'à l'âge de 11 ans seulement et sa capacité d'adaptation limitée par le trouble de la personnalité.
14. Par rapport du 4 avril 2008, la Dresse P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une agoraphobie avec trouble panique et un syndrome de dépendance à l'alcool, diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Le pronostic de la Dresse P\_\_\_\_\_ était assez mauvais, étant donné que l'assurée ne sortait pas de chez elle sans être accompagnée, mais elle a indiqué que les restrictions pouvaient être réduites par des mesures médicales. A l'instar de la Dresse Q\_\_\_\_\_, la Dresse P\_\_\_\_\_ a souligné que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation seraient limitées. Elle a préconisé une place de travail calme.
15. Suite à un avis médical de la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin conseil SMR spécialiste en assurances sociales avec brevet fédéral, une expertise psychiatrique a été pratiquée par le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, le 4 octobre 2008.

Dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2008, le Dr S\_\_\_\_\_ a d'abord décrit les éléments de l'anamnèse familiale, personnelle, socioprofessionnelle et affective, ainsi que les plaintes et descriptions subjectives de l'assurée. Il a ensuite observé, cliniquement, que l'assurée était variable sur le plan affectif, qu'elle a présenté une attitude dominante de fatalité par rapport à la vie et que les événements d'abus n'ont pas été faciles à aborder.

D'après les critères psychopathologiques du système de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie (ci-après AMPD), méthode qui permet de différencier systématiquement les notions issues de l'expertisée, potentiellement influençables par des facteurs extramédicaux, des

observations de l'expert, les observations suivantes ont pu être formulées: ruminations évoquées, méfiance non délirante initiale, trouble de l'éprouvé vital à titre subjectif fort, humeur déprimée évoquée non observée, anxiété psychique éprouvée subjectivement forte, tendances à la dysphorie, propension à se plaindre, sentiment d'insuffisance prononcé, diminution du dynamisme que subjectivement, tendance à dramatiser, anticipation anxieuse évoquée, anxiété en situation sociale évoquée, diminution des activités selon l'assurée et diminution des compétences sociales subjectivement.

Quant à l'échelle de ralentissement (ci-après E.D.R.), qui évalue les différents degrés de l'expression motrice, idéique, psychique et émotionnelle de l'assurée, elle a montré l'absence de ralentissement psychocorporel significatif.

Suite aux indications de l'assurée, l'expert a fait procéder à un examen sanguin pour déterminer le taux sérique des médicaments prescrits. Les résultats ont montré que l'assurée n'était pas du tout observante en ce qui concerne la prise d'antidépresseurs, qui n'a pas été longue, ainsi qu'une consommation continue d'alcool.

En ce qui concerne la notion d'une dépression récurrente, notion développée par l'assurée et ses médecins, l'expert a relevé que l'examen psychiatrique pratiqué en 2006 par la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR n'avait pas retenu cette notion. D'après l'expert, au vu des critères pour déterminer un épisode dépressif selon la Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, édités par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'hypothèse de l'existence d'un état dépressif pouvait être écartée, malgré qu'il y avait éventuellement des fluctuations dysthymiques selon les circonstances, évènements ou sous forme de réaction, mais pas sous forme d'un état permanent.

Il a également retenu des tendances agoraphobiques et quelques anxiétés non spécifiques, mais considérées comme plutôt d'ordre mineur et comme non traitées en l'état. Il a noté que l'assurée présentait quelques traits particuliers de personnalité mais qu'une large marge thérapeutique existait pour influencer les problèmes.

En définitive, le Dr S\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics psychiatriques des tendances agoraphobiques sans troubles paniques (F40.0 CIM-10), qui conduisaient à une incapacité de travail de 20%, alternativement 20% de diminution de rendement. Il a indiqué que ce taux pouvait être réduit avec un traitement spécifique et après une phase d'adaptation, et même qu'il était susceptible de disparaître avec traitement *lege artis*. Il a également diagnostiqué des troubles spécifiques de la personnalité, autres troubles spécifiques de la personnalité avec éléments d'une personnalité anxieuse-évitante, dépendante et borderline (F60.8 CIM-10), ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement utilisation continue (F10.25 CIM-10); toutefois, ces deux derniers

diagnostics n'engendraient ni une incapacité de travail ni une diminution de rendement.

Le Dr S\_\_\_\_\_ a conclu que, d'un point de vue psychiatrique, l'assurée pouvait faire toutes les activités accessibles avec sa formation et son expérience.

16. Par décision du 9 février 2009, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à un reclassement professionnel, au motif que son degré d'invalidité de 20%, qui ressortait de l'expertise psychiatrique du Dr S\_\_\_\_\_, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité et qu'un reclassement professionnel ne se justifiait pas.
17. Par courrier du 6 mars 2009, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 9 février 2009. Elle indique souffrir de graves problèmes psychiques, notamment un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité, problèmes de santé constatés par le Dr L\_\_\_\_\_ et les Dresses M\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle ajoute que son état de santé général l'empêche d'exercer une activité lucrative à 100%.

Un délai au 17 avril 2009 lui a été accordé afin qu'elle puisse compléter son recours grâce à des documents qu'elle n'avait pas en sa possession et une éventuelle assistance juridique.

Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 9 février 2009 et au constat de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

18. Par courrier du 8 avril 2009, l'assistance juridique a commis Me David METZGER aux fins de représenter la recourante dans la présente procédure.
19. Dans le délai imparti par courrier du 21 avril 2009, un complément de recours a été déposé au Tribunal de céans en date du 13 mai 2009.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique pratiquée par le Dr S\_\_\_\_\_, au motif qu'elle n'est basée que sur un seul entretien, que l'expert n'a tiré aucune conclusion des troubles spécifiques de la personnalité quant à sa capacité de travail, que le taux d'activité de 80% a été retenu arbitrairement, que cette expertise contredit les divers rapports des Dresses M\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. En outre, la recourante indique être prête à se soumettre à une expertise psychiatrique judiciaire, si le Tribunal l'estime nécessaire pour établir les faits d'ordre médical.

Sur la base des rapports médicaux des différents médecins traitants, la recourante considère souffrir de nombreuses atteintes invalidantes au plan psychiatrique et persiste à affirmer que sa capacité de travail est nulle dans toute activité depuis le 20 août 2001 à tout le moins.

La recourante conclut préalablement à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire, comportant au moins six entretiens, soit ordonnée, et principalement, à la condamnation de l'OAI à lui verser les prestations auxquelles elle a droit.

20. Par courrier du 11 juin 2009, l'OAI a proposé le rejet du recours de la recourante, notamment aux motifs que l'expertise psychiatrique du Dr S\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante, que les plaintes de la recourante n'ont pas été répertoriées dans un style minimaliste comme elle le soutient et qu'il n'appartient pas à l'assurée de définir les modalités pour réaliser une expertise psychiatrique.
21. Suite à la comparution personnelle des parties du 26 août 2009, le Tribunal a octroyé un délai au 16 septembre 2009 à la recourante pour produire le rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ suite à sa tentative de suicide suivie d'une hospitalisation durant le mois de juin 2009.
22. Par courrier du 26 août 2009, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au cours des 16 derniers mois, l'assurée avait présenté une péjoration de sa dépression et surtout des débordements par l'angoisse dans un contexte où elle s'était vu retirer la garde de sa fille cadette. Ceci avait entraîné des idéations suicidaires, puis un passage à l'acte avec un abus médicamenteux à but suicidaire. L'assurée avait été hospitalisée durant plusieurs jours, puis prise en charge de manière intensive à la sortie de l'hôpital. Au vu du fonctionnement de l'assurée (dépendance, agoraphobie avec incapacité à sortir seule, débordements par l'angoisse), il ne lui paraissait plus envisageable que la recourante récupère une capacité de travail, qu'elle évaluait à 0%. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué partager l'évaluation des deux derniers diagnostics par l'expert. Cependant, elle a ajouté estimer que l'agoraphobie était tout à fait invalidante, contrairement au diagnostic du Dr S\_\_\_\_\_, étant donné que l'assurée requérait toujours quelqu'un pour l'accompagner.
23. Dans un avis médical du 1<sup>er</sup> octobre 2009, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin SMR, a estimé que la tentative de suicide de juin 2009 était vraisemblablement une aggravation transitoire postérieure à la décision de février 2009. Il a néanmoins précisé que si cette aggravation était durable, il y aurait alors lieu de procéder à une nouvelle évaluation psychiatrique.

Dans sa détermination du 2 octobre 2009, l'OAI a précisé que la légalité des décisions attaquées devait être examinée d'après l'état de faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et persiste dans ses conclusions.

24. Par courrier du 22 octobre 2009, la recourante a formulé ses remarques sur la détermination de l'OAI du 2 octobre 2009. Elle fait valoir qu'il conviendrait d'effectuer une nouvelle expertise, qu'elle a tenté de se suicider en juin 2009, que sa dépression s'est péjorée et que l'agoraphobie est totalement invalidante. Elle maintient toutes ses conclusions précédentes.

25. Par courrier du 27 octobre 2009, le Tribunal a informé les parties que la cause était gardée à juger.
26. Sur demande, le conseil de la recourante a communiqué au Tribunal, par courrier du 23 février 2010, copie de l'ordonnance du Tribunal tutélaire de la République et du canton de Genève du 5 juin 2009 par laquelle la garde de F\_\_\_\_\_, la fille cadette de la recourante, a été retirée à sa mère. Divers éléments factuels figurant dans cette ordonnance méritent d'être relevés:
- par jugement de divorce du 11 septembre 2001, le Tribunal de première instance de la République et du canton de Genève a attribué la garde de la mineure F\_\_\_\_\_ à la recourante;
  - par ordonnance du 8 août 2007, le Tribunal tutélaire a instauré une mesure de curatelle d'assistance éducative en faveur de F\_\_\_\_\_ et de ses deux frères aînés;
  - par courrier du 5 mai 2009, le curateur de la mineure a informé le Tribunal tutélaire de la situation inquiétante de sa pupille, laquelle rencontrait des difficultés sur le plan scolaire, en raison notamment de ses nombreuses absences injustifiées;
  - la mère de la mineure rencontrait également des problèmes de santé psychique, ce qui ne lui permettait pas d'offrir un encadrement satisfaisant à sa fille;
  - une tentative de placement de la mineure F\_\_\_\_\_ au foyer X\_\_\_\_\_ en 2009 a rapidement échoué suite à une fugue de la mineure;
  - au vu de cette situation, le curateur de la mineure préconisait une mesure de retrait de garde et de placement de la mineure en observation au foyer Y\_\_\_\_\_ à Fribourg;
  - enfin, lors de l'audience du 4 juin 2009, la recourante a reconnu les difficultés rencontrées par sa fille et ne s'est pas opposée à la mesure préconisée par le Service de protection des mineurs, espérant qu'une aide pourrait ainsi être apportée à sa fille.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération. 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 al. 1<sup>er</sup> LPGA).
6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> 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.
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi ces atteintes à la santé psychique, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une

importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

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

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

9. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il

---

procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. En l'espèce, il s'agit tout d'abord de déterminer si la recourante présente ou non une atteinte à la santé invalidante sur la base des divers avis médicaux.

A la lecture des rapports médicaux des médecins traitants (le Dr L\_\_\_\_\_, la Dresse M\_\_\_\_\_, la Dresse P\_\_\_\_\_ et la Dresse Q\_\_\_\_\_), des médecins du SMR (la Dresse N\_\_\_\_\_, la Dresse O\_\_\_\_\_ et le Dr T\_\_\_\_\_) et de l'expert (le Dr S\_\_\_\_\_), des diagnostics similaires en ressortent: notamment un état dépressif récurrent/un trouble dépressif récurrent, une personnalité dépendante, des tendances agoraphobique/une agoraphobie, une dépendance à l'alcool/des troubles mentaux liés à l'alcool et des troubles de la personnalité émotionnellement labile. La divergence entre ces différents avis médicaux ne se situe pas au niveau

des diagnostics, mais à celui des répercussions de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante.

En effet, tandis que les médecins traitants de la recourante émettent un pronostic réservé voire mauvais et évaluent l'incapacité de travail à 50%, 60% et même à 100%, les médecins du SMR évaluent l'incapacité de travail à 0%. Quant à l'expert, il retient une incapacité de travail de 20% due aux tendances agoraphobiques, qui peuvent néanmoins disparaître.

Il convient de rappeler que la Dresse O\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 16 mars 2006 signé « Psychiatre FMH » alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à exercer en tant que médecin dépendant. Dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport SMR signé par la Dresse O\_\_\_\_\_ avec l'indication « Psychiatre FMH » ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre. Au moment de son examen, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque cette autorisation lui a été délivrée le 24 novembre 2006 par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse O\_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical, d'une valeur probante affaiblie. La situation étant similaire au cas précité, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse O\_\_\_\_\_ est affaiblie.

Plusieurs des avis médicaux envisagent une amélioration grâce à des mesures médicales. L'état dépressif de la recourante pourrait ainsi être amélioré grâce à la prise régulière d'antidépresseurs et le suivi par un spécialiste. Quant aux problèmes de la recourante liés à l'alcool, dépendance qui entraîne des troubles mentaux selon certains des médecins consultés, le Tribunal constate qu'aucun traitement n'a jamais été prescrit.

Il ressort des diverses anamnèses que des facteurs psychosociaux et socioculturels passablement négatifs ont imprégné la vie l'assurée. En effet, elle déclare avoir été violée durant son enfance, poussée à se prostituer par sa sœur, mariée à 15 ans, mère d'un enfant issu d'une relation extraconjugale à 16 ans, battue par son premier mari alcoolique avec lequel elle a eu trois enfants, divorcée une première fois en 1995, remariée à un homme invalide ayant des problèmes d'alcool, mère de trois enfants de son second mari, divorcée à nouveau en 2001. Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ces facteurs socioculturels ne suffisent pas à conclure à une invalidité découlant d'une atteinte psychique.

---

Au regard des principes jurisprudentiels précités, l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr S\_\_\_\_\_ semble, de prime abord, avoir pleine valeur probante. En effet, l'expert a procédé à une anamnèse complète, il a relevé les plaintes et descriptions subjectives de l'assurée, il a pris en compte les divers rapports médicaux tant des médecins traitants de l'assurée que des médecins-conseils du SMR, il s'est appuyé *lege artis* sur les critères de l'échelle d'autoévaluation Hamilton, de l'échelle psychopathologique de l'AMDP, de l'EDR et de la Classification Internationale des Maladies, systèmes de classification reconnus. Ainsi, le Dr S\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail de 20%, alternativement 20% de diminution de rendement.

11. Dès lors, il s'agit de déterminer si le rapport du 26 août 2009 de la Dresse Q\_\_\_\_\_ et l'avis médical du Dr T\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2009 sont de nature à remettre en cause les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

Dans son rapport du 26 août 2009, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée a présenté une péjoration de sa dépression au cours des 16 derniers mois, et surtout des débordements par l'angoisse suite au retrait de la garde de sa fille cadette, retrait ordonné le 5 juin 2009. La recourante a ensuite été hospitalisée durant l'été 2009, suite à un abus médicamenteux à but suicidaire.

Il découle du rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ que la situation de la recourante a commencé à se péjorer dès la fin avril 2008, c'est-à-dire antérieurement tant à l'expertise menée par le Dr S\_\_\_\_\_ le 4 octobre 2008 qu'à la décision litigieuse du 9 février 2009. Le Tribunal de céans souligne que la recourante a exercé seule la garde de sa fille cadette à partir de l'automne 2001 et, ce, durant plusieurs années avant qu'une première mesure de curatelle d'assistance éducative soit ordonnée en août 2007. Quant au retrait de la garde de sa fille, événement qui a amené des débordements par l'angoisse chez la recourante, l'ordonnance du Tribunal tutélaire est certes datée du 5 juin 2009, mais découle de faits survenus avant cette date.

Force est de constater que les avis médicaux divergent quant aux conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante et que certains éléments n'ont pas été pris en compte par l'intimé dans la décision litigieuse. L'on

ignore en particulier quelle a été l'importance de la péjoration de l'état de santé entre l'expertise du 4 octobre 2008 et la décision du 9 février 2009.

12. En l'état actuel du dossier, le Tribunal n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé de la recourante et à leurs répercussions sur sa capacité de travail. Le dossier sera par conséquent renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
13. La recourante a droit à une indemnité à titre de dépens, fixée en l'espèce à 1'700 fr. (art. 89H LPA).
14. Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision litigieuse.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 1'700 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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