

# **GE\_GERICHTE ATAS/663/2019 vom 16. Juli 2019**

GE Cour de justice, 2019-07-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_663\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_663_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/663/2019 du 16 juillet 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/663/2019 del 16 luglio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

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

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement la question de savoir si ses troubles psychiques limitent sa capacité de gain.

### **E. 5**

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

A/2873/2018 - 10/19 - b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

## **E. 6**

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

A/2873/2018 - 11/19 - Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) a. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid.

4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). b. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) c. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en

A/2873/2018 - 12/19 - soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a ; 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

## E. 7

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

A/2873/2018 - 13/19 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et

les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

A/2873/2018 - 14/19 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 9**

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique dont la recourante conteste la valeur probante. Elle lui reproche de manquer d'objectivité, d'être contradictoire, de banaliser le deuil d'une maternité et d'être incomplet en tant que, notamment, elle ne mentionne pas ses problèmes d'addiction. Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 22 mars 2018. a. Dans ledit rapport d'expertise, le Dr H\_\_\_\_\_ diagnostique sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne, une personnalité état-limite de type abandonnique avec une forte composante d'immaturité et un trouble de l'usage des benzodiazépines. Il relève que la recourante a connu quelques épisodes dépressifs, d'allure réactionnelle, notamment en 1990 lorsqu'elle a intégré pour la première fois la K\_\_\_\_\_. Au regard de la légère fatigabilité tant physique que psychique, de l'absence d'indice en faveur de troubles de l'attention ainsi que de la concentration objectivés et objectivables, de la récurrence d'un épisode dépressif pour lequel il n'y a guère d'information, l'expert retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur récurrent (actuellement de gravité subclinique à légère). Même si ce diagnostic concorde avec certains rapports du service d'addictologie des HUG, on peine à comprendre que l'expert puisse relever que le dossier de la recourante ne comprend guère d'informations sur le trouble dépressif ayant fait l'objet d'un traitement depuis 1990 et en même temps pouvoir affirmer qu'il a débuté lorsque la recourante a commencé son travail à la K\_\_\_\_\_. S'agissant de l'examen d'un trouble de la personnalité, l'expert expose qu'il se retrouve face à une personnalité qui paraît globalement manquer de maturité affective et se trouve sans grande capacité à prendre de la distance avec sa situation. Le fonctionnement est marqué par la régression, l'immaturité affective, l'incapacité à pouvoir s'engager affectivement et l'absence d'aptitude à assumer des responsabilités ou une activité trop complexe. Manifestement, la recourante tend à surévaluer ses compétences ainsi que ses réalisations et fait porter le poids de ses échecs potentiels sur l'extérieur. Elle présente une dépendance affective, sur un mode très archaïque du registre fusionnel, en particulier avec la figure maternelle. Elle paraît souvent être dans des angoisses d'abandon

et de vide. Elle contrôle mal ses émotions et ses impulsions. L'humeur est relativement stable avec une identité peu construite. Ces divers éléments orientent l'expert vers une personnalité de type

A/2873/2018 - 15/19 - état-limite avec une angoisse du registre anaclitique s'organisant sur la peur d'être seule, la peur de l'abandon, la peur de ne pas y arriver. Il n'est toutefois pas évident de comprendre si l'expert retient un trouble de la personnalité. On constatera toutefois que, dans la discussion, l'expert mentionne l'existence d'un trouble de la personnalité. Selon les termes de la classification internationale, le trouble de la personnalité état-limite est un trouble de la personnalité borderline. Ce trouble est caractérisé par un Moi faible et un besoin constant de se revaloriser. Il induit une souffrance subjective, de l'instabilité ainsi que de l'impulsivité qui entravent la vie professionnelle, sociale et affective. Il peut entraîner la consommation de produits qui fait partie intégrante dudit trouble (cf. ATAS/233/2014 du 26 février 2014). Dans son rapport, l'expert ne retient pas d'effet incapacitant des troubles psychiques diagnostiqués au motif que la diminution de la capacité fonctionnelle est en grande partie due à des facteurs qui ne sont pas pris en considération par l'assurance-invalidité. Il cite à cet égard la durée de l'éloignement du monde du travail, l'âge et le niveau de formation. Il considère toutefois que le trouble de la personnalité entraîne assurément une certaine vulnérabilité, dès lors que la recourante a connu de nombreux échecs et semble actuellement avoir désinvesti toutes perspectives de retrouver un emploi. Or l'appréciation que fait l'expert de la capacité de travail de la recourante ne correspond pas à sa description de la personnalité de l'intéressée. Il retient en effet une angoisse du registre anaclitique, ce qui témoigne d'une désadaptation et d'une souffrance importante de la recourante. De plus, il ne ressort pas du dossier que sa capacité fonctionnelle est diminuée principalement par les facteurs qu'il cite. En effet, on ne voit pas en quoi un âge de 45 ans au moment de l'expertise, un diplôme de secrétariat et une absence d'activité lucrative depuis décembre 2014 avec toutefois un stage d'évaluation effectué pendant un mois en 2016 entraîneraient une diminution de la capacité fonctionnelle de la recourante. Par ailleurs, l'expert donne certaines informations sur l'autoperception de la recourante (manque de confiance en soi et perte d'estime de soi) et sa perception d'autrui (responsable de ses échecs), son contrôle de la réalité et sa formation du jugement (peu de capacité à prendre de la distance avec sa situation), ainsi que son contrôle des affects (mauvais contrôle de ses émotions et ses impulsions) qui permettent de douter de l'existence chez la recourante de capacités inhérentes à sa personnalité, respectivement d'une capacité de travail entière. De plus, il analyse les ressources personnelles de la recourante uniquement quant à la cohérence et sans examiner, respectivement décrire si la recourante dispose de ressources de compensation ou si elle les a épuisées. À cet égard, son appréciation selon laquelle la passivité de la recourante, sans capacité d'élaborer un projet très clair – donnant le sentiment qu'elle délègue à autrui le choix de son avenir professionnel –, n'est pas à mettre sur le compte d'un trouble spécifique de la personnalité est insuffisante, la gravité de ce rôle n'ayant pas été analysée. Or, un diagnostic de trouble psychique présuppose une certaine gravité de ce dernier (ATF 141 V 281

A/2873/2018 - 16/19 - consid 2.1.1 et 4.3.1.1) et les limitations fonctionnelles sont non seulement prises en compte au stade de la pose du diagnostic, mais également ultérieurement lors de l'appréciation de la capacité de travail du patient (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2). S'agissant ensuite de la durée du traitement psychiatrique suivi depuis juin 2015, l'expert n'en tire aucune conclusion quant au poids des souffrances. Or, selon les

divers rapports du service d'addiction des HUG, le suivi psychiatrique a d'abord permis une amélioration de l'état de santé avec stabilisation humorale progressive jusqu'en avril 2016, puis une péjoration dès cette période et jusqu'à la fin de l'année 2016 qui n'a pas permis le sevrage de benzodiazépines, enfin une lente amélioration dès le début de l'année 2017 avant l'apparition d'une deuxième dépendance cette fois à l'alcool en novembre 2017. La recourante a également exprimé plusieurs plaintes sur le plan psychique qui sont mentionnées dans le rapport d'expertise, notamment incapacité à faire face au stress, difficultés de concentration sur la durée, fatigabilité physique et psychique, manque de résistance, anxiété et sentiments de dévalorisation. Le Dr H\_\_\_\_\_ ne les retient toutefois pas dans son appréciation au motif qu'il n'a pas observé de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. À relever qu'il fait grand cas des résultats des tests psychologiques pour en déduire que la recourante a tendance à majorer ses difficultés, alors qu'en matière d'expertise portant sur des troubles psychiatriques et selon une majorité d'auteurs, lesdits tests ne sont à considérer que comme un complément d'examen clinique (cf. Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques in Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss), comme le retient également le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 145/06 du 6 septembre 2006 consid. 4.2). L'expert admet, toutefois, des fluctuations de l'humeur avec une certaine morosité, des moments d'abattement liés à une perte d'estime d'elle-même, soit une évaluation qui semble bien optimiste au vu des divers rapports du service d'addictologie des HUG qui mentionnent notamment une péjoration et une addiction à l'alcool depuis novembre 2017. Bien qu'ayant connaissance du suivi de la recourante par ledit service, l'expert n'a pas pris contact avec ses thérapeutes alors que ceux-ci disposent du recul temporel nécessaire permettant de se faire une idée précise de son état de santé sur la base de leurs observations régulières et que leurs renseignements auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément si les plaintes de la recourante coïncident avec des constatations cliniques faites sur la durée. Il n'a pas davantage cherché à obtenir des documents médicaux sur les premières manifestations du trouble dépressif en 1990 qui, selon le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 17 mars 2015, a pourtant fait l'objet d'un suivi psychologique, ni sur les troubles gynécologiques de la recourante qui semblent avoir aggravé ses troubles psychiques. Il est enfin surprenant de constater que l'expert n'a constaté aucune dépendance à l'alcool (« il n'y a pas de notion d'abus ou dépendance éthylique », cf. rapport

A/2873/2018 - 17/19 - p. 20), alors que la recourante est suivie par le service d'addictologie des HUG depuis novembre 2017 pour une addiction à l'alcool (cf. rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 17 août 2018). Cette addiction est confirmée par le Dr J\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 29 mai 2019, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, trouble panique et addiction aux benzodiazépines et à l'alcool. Il a précisé que depuis le début de son suivi le 9 janvier 2019, l'état de santé de la recourante était resté stationnaire, sous réserve de l'addiction à l'alcool qui s'était légèrement péjorée avec des consommations assez importantes les week-ends. S'il est vrai que le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ est postérieur à la décision litigieuse (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1), il y a néanmoins lieu d'en tenir compte pour apprécier la situation médicale de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse puisqu'il a trait à la question de l'incidence du traitement sur la capacité de travail de l'intéressée et sur l'évaluation de celle-ci depuis l'examen du Dr H\_\_\_\_\_, étant rappelé que la recourante est suivie par le service d'addictologie des HUG depuis juin 2015. En définitive, le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ est insuffisamment motivé, contradictoire, lacunaire à plusieurs

égards et ne mentionne pas le diagnostic de dépendance à l'alcool posé par le service d'addictologie des HUG qu'il n'a même pas constatée, soit un élément objectivement vérifiable apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des constatations et déductions de l'expert (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 précité, consid. 4.1.1). b. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). c. En l'espèce, au vu des contradictions, des défauts de motivation et des lacunes du rapport d'expertise, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire du dossier, ce qu'il n'a pas fait. Par conséquent, son instruction de l'état de fait est lacunaire, de sorte qu'il convient de lui renvoyer le dossier pour qu'il récolte les renseignements médicaux sur l'état dépressif de la recourante de

A/2873/2018 - 18/19 - 1990 à août 2014 et le suivi psychologique y relatif, sur sa dépendance à l'alcool ainsi que sur les troubles gynécologiques ayant entraîné une aggravation de ses troubles psychiques. Une fois ces renseignements médicaux obtenus, il lui appartiendra de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique afin de compléter l'instruction sur l'effet incapacitant des troubles psychiques de la recourante au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral, notamment sur l'existence d'un trouble de la personnalité anxieuse et d'une addiction à l'alcool, la gravité de ces troubles, et l'évaluation de sa capacité de travail sur le marché libre du travail.

## **E. 10**

Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'intimé du 25 juin 2018. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. \* \* \* \* \*

A/2873/2018 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :