

## GE\_GERICHTE A/215/2016 vom 24. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_215\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_215_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/215/2016 du 24 août 2017

IT: GE\_GERICHTE A/215/2016 del 24 agosto 2017

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o M. B\_\_\_\_\_, à CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. En juillet 2012, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_1965, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une hépatite C, une lithiase vésiculaire ainsi qu'une cure de sevrage avec méthadone. 2. Dans un rapport du 17 septembre 2012, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une hépatite C et une toxicomanie, sans se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente. Elle a également évoqué, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail, une lithiase vésiculaire. 3. Le 26 octobre 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, du service de gastroentérologie et de pathologies cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une cirrhose virale C et un trouble affectif bipolaire. Il a conclu à une totale incapacité de travail et a préconisé un traitement psychiatrique à évaluer. 4. Le 29 octobre 2012, la doctoresse E\_\_\_\_\_, de la consultation des HUG, a conclu à des troubles affectifs bipolaires. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés - désormais sous régime de maintenance ou de substitution depuis octobre 2011 -, mais aussi à l'utilisation d'alcool - syndrome de dépendance désormais abstinent depuis février 2012. Ce médecin a indiqué que l'assurée, de nationalité portugaise, née au Mozambique, y avait vécu jusqu'à l'âge de onze ans, date à laquelle elle avait immigré avec sa famille au Portugal en raison de la guerre. L'assurée décrivait une enfance heureuse, mais marquée par la guerre au Mozambique et l'immigration. Elle avait continué ses études au Portugal jusqu'en dernière année du lycée. À dix-huit ans, elle a commencé à consommer plusieurs substances (héroïne, cocaïne, cannabis, LSD). Elle a été incarcérée à plusieurs reprises pour possession de toxiques. Lors de sa deuxième incarcération, elle avait appris le décès de son père, ce qui avait déclenché un état dépressif sévère avec des symptômes psychotiques. À l'âge de 35 ans, l'assurée s'était mariée et était tombée enceinte mais avait accouché d'un enfant mort-né. Ce deuxième événement avait déclenché un deuxième épisode dépressif avec symptômes psychotiques et conduit à une hospitalisation. Suite à sa troisième incarcération, l'assurée avait été suivie dans un centre d'addictologie. L'évolution avait été bonne, avec un traitement de substitution à la méthadone et un traitement adapté à son trouble psychique (un diagnostic de trouble bipolaire avait été posé et un traitement instauré). Il y avait eu sevrage aux opiacés. En 2003, l'assurée avait rejoint sa sœur en Suisse et avait travaillé à différents postes de serveuse jusqu'en 2010. Désormais, elle était abstinente à l'alcool. Sa

consommation d'héroïne avait diminué était contrôlée. Le médecin concluait à une incapacité de travail depuis novembre 2011. 5. Dans un bref rapport du 7 janvier 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation en octobre 2012 sous la forme d'un nouveau diagnostic, celui de trouble affectif bipolaire. 6. Dans un courrier du 19 mars 2013, le Département de santé mentale et de psychiatrie (service d'addictologie) des HUG a indiqué que l'état de santé psychique de l'assurée était stationnaire depuis novembre 2012. Il a été fait mention d'épisodes d'agitation et d'un état dépressif moyen sans idées suicidaires. D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail à un poste adapté a été évaluée à 0%. Une évaluation au programme bipolaire avait mis en place qui n'avait pas permis de confirmer ce diagnostic. 7. Dans un rapport du 18 juillet 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie des HUG, a mentionné une aggravation de l'état de santé en précisant que le diagnostic de trouble affectif bipolaire n'était plus d'actualité mais qu'en revanche, le trouble dépressif récurrent traversait désormais un épisode sévère sans symptômes psychotiques. Sur le plan de l'addiction, la patiente était stable et prenait régulièrement son traitement de substitution ; elle était abstinente à l'alcool depuis un an et demi. Le médecin a préconisé d'attendre la fin du traitement en cours pour l'hépatite, en mars 2014, pour procéder à une évaluation de la capacité de travail. 8. Dans un rapport complémentaire du 16 août 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent en indiquant que l'état de santé psychique restait très fragile : le traitement de l'hépatite C était lourd, de sorte que toute activité restait inexigible pour le moment. Le Service médical régional de l'AI (SMR) a estimé en date du 27 août 2013 que les effets secondaires du traitement par Interféron pour l'hépatite C justifiaient une incapacité de travail jusqu'à la fin dudit traitement. Pour le reste, la mise sur pied d'investigations complémentaires était préconisée. 10. Le 21 mars 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au terme du traitement par Interféron, l'état de santé de l'assurée pouvait être considéré comme amélioré, avec de bonnes chances de guérison sur le plan hépatique. Le médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, renvoyant à cet égard à l'avis du médecin traitant. 11. Le 17 avril 2014, le Service d'addictologie a confirmé une amélioration de l'état de santé par rapport à mars 2013, suite à la fin du traitement pour l'hépatite C. Mandaté pour une expertise psychiatrique, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychologie, a rendu son rapport en date du 18 mai 2015. L'expert s'est livré à une anamnèse personnelle fouillée, mentionnant notamment une enfance « compliquée », un suivi psychiatrique à raison de deux à trois séances au total alors que l'assurée était âgée de 13 à 14 ans, un viol alors qu'elle était âgée de 16 ans et de mauvais traitements de la part de son père. L'expert a exclu tout trouble bipolaire. Il a relevé une compliance très partielle au suivi psychiatrique (une première série de tests sanguins ont montré une compliance nulle au traitement antidépresseur, une seconde a révélé des taux en-dessous des minima d'efficacité). Après s'être fait le relais des plaintes de l'assurée, l'expert a décrit le status clinique observé. Il a noté la présence d'un ralentissement psychomoteur modéré, une bonne orientation et l'absence de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire objectivables. Il a indiqué que l'examen psychométrique et l'ensemble du tableau clinique plaident contre l'existence de troubles de la concentration incapacitants et évoqué la possibilité d'une exagération des plaintes cognitives. L'expert a retenu une dépendance primaire aux substances en expliquant que l'utilisation de celles-ci avait précédé et largement favorisé l'éclosion des épisodes dépressifs et des épisodes psychotiques ; de plus, l'arrêt du cannabis

et de la cocaïne avaient permis la disparition des symptômes psychotiques, sans traitement antipsychotique. L'expert a confirmé que les syndromes de dépendance à l'alcool, à la cocaïne et au cannabis pouvaient désormais être qualifiés d'abstinents. En revanche, le sevrage à l'héroïne n'avait pu être réalisé totalement. L'analyse des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) ne permettait pas de révéler les critères nécessaires pour contenir un diagnostic d'épisode dépressif sévère, comme par le passé. En définitive, l'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques en rémission partielle, expliquant que l'épisode pouvait désormais être qualifié de moyen. Il a écarté celui d'anxiété mais retenu celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé et sans répercussion directe sur la capacité de travail, malgré une certaine labilité émotionnelle. Il a écarté celui de trouble de l'adaptation en expliquant que l'état de perturbation émotionnelle de l'assurée se développait dans le contexte de l'épisode dépressif, lui-même consécutif à une surcharge personnelle dans le contexte d'une polytoxicomanie primaire. L'expert a constaté qu'il y avait eu une amélioration thymique et une diminution de la fatigue depuis le début de l'année 2014 - c'est-à-dire depuis la fin du traitement contre l'hépatite C. L'expert a expliqué que la mauvaise compliance aux soins proposés et la poursuite de la consommation des opiacés avaient ralenti le processus de guérison et augmenté le risque de récurrence des épisodes dépressifs. L'expert a néanmoins retenu des limitations fonctionnelles significatives par le passé, en précisant que désormais, elles étaient nettement moindres : ralentissement psychomoteur modéré, isolement social partiel, pas de troubles de la concentration significatifs objectivables et une labilité thymique dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile non décompensé. Tenant compte de l'ensemble du tableau et de l'évolution des limitations fonctionnelles, l'expert a conclu à une capacité de travail clinique de 0% entre septembre 2012 et décembre 2013 et de 50% dès janvier 2014 dans une profession adaptée (comme celle d'aide-cuisinière). D'un point de vue médico-théorique, tenant compte de la mauvaise compliance aux antidépresseurs, de l'absence d'abstinence aux opiacés, il a évalué la capacité de travail à 0% de septembre 2012 à décembre 2013, à 50% de janvier 2014 à juin 2014 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2014. L'expert a émis l'avis qu'en cas de bonne compliance traitement antidépresseur et de sevrage aux opiacés, une récupération de la capacité de travail clinique pourrait être attendue à 100% dans les six mois. Il a relevé l'existence de bénéfices secondaires (l'assurée préférant prendre du temps pour récupérer après ses abus de substances et éviter les contraintes de l'économie libre). 13. Interrogé par l'OAI, l'expert a confirmé en date du 5 août 2015 que la consommation de substances psychoactives constituait une polytoxicomanie primaire ayant précédé et favorisé les épisodes dépressifs. Il a jugé le tableau potentiellement réversible en cas d'arrêt de la consommation de toxiques, au moins partiellement et ceci, dans les six à douze mois. Les épisodes dépressifs étaient favorisés par les prises de cocaïne et non l'inverse. Une atteinte en dehors de la toxicomanie ne pouvait être retenue. Enfin, un sevrage total était exigible. 14. Le 16 octobre 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. 15. Par courrier du 3 novembre 2015, l'assurée l'a contesté en invoquant l'avis de ses médecins traitants. À l'appui de sa position, elle a notamment produit une brève attestation rédigée le 30 octobre 2015 par le docteur H\_\_\_\_\_, des HUG - confirmant qu'elle était suivie régulièrement par le Service d'addictologie, que sa compliance était bonne et que son état psychique ne s'était

pas franchement amélioré - et un bref rapport de son psychiatre traitant, le docteur I \_\_\_\_\_, attestant d'une situation psychique très fragile et d'une incapacité à travailler à 100%. 16. Par décision du 18 décembre 2015, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. Se référant au rapport du Dr G \_\_\_\_\_, il a considéré que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi et que l'assurée avait conservé une pleine capacité de travail dans toute activité. 17. Par écriture du 19 janvier 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 16 juillet 2012, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire judiciaire. La recourante fait valoir que la décision de l'OAI est en contradiction avec les conclusions du Dr G \_\_\_\_\_, pourtant mandaté par l'OAI. En effet, l'expert lui a reconnu une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2012 au 31 décembre 2013 et de 50 % du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 18 mai 2015, même dans une profession adaptée au niveau de formation de l'assurée et à son atteinte somatique. Ce faisant, il a pris en considération les limitations fonctionnelles résultant des épisodes dépressifs sévères récurrents traversés par l'assurée. Par ailleurs, s'il a admis une capacité de travail de 100 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014, c'est en précisant que cela ne serait possible qu'en cas de bonne compliance au traitement et d'abstinence aux opiacés. Qui plus est, dans son complément au rapport d'expertise, le Dr G \_\_\_\_\_ a conclu à une polytoxicomanie primaire favorisant les états dépressifs récurrents. Selon la recourante, la décision querellée est également contraire à l'appréciation de son psychiatre traitant, le Dr I \_\_\_\_\_ et des médecins du Département de santé mentale et de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG ; service d'addictologie). La recourante reproche à l'OAI d'avoir considéré sa toxicomanie comme surmontable. Elle rappelle qu'elle a commencé à consommer plusieurs substances à l'âge de 18 ans et qu'elle a vécu des événements déstabilisants et tragiques (elle a dû fuir la guerre à l'âge de 11 ans, immigrer au Portugal, son adolescence a été marquée par des relations difficiles avec son père et des interrogations quant à un éventuel changement de sexe). Un suivi psychiatrique ponctuel a été mis en place entre l'âge de 13 et 14 ans. À 18 ans, elle a dû faire le deuil de son père et a été incarcérée. C'est à cette époque qu'elle a souffert d'un premier état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, suivi d'un second, quelques années plus tard, qui a nécessité une hospitalisation. Ce second état était survenu suite à la perte de son enfant, mort-né. Avaient alors été diagnostiqués des troubles bipolaires. Malgré tout, l'assurée avait évolué favorablement (sevrage aux opiacés avec mise en place d'un traitement de substitution de méthadone). À son arrivée en Suisse en 2003, son état psychique s'était à nouveau aggravé à l'annonce d'une cirrhose hépatique. La recourante en tire la conclusion que les symptômes et leur chronologie sont influencés par son histoire personnelle et que la consommation de substances est consécutive à ses troubles dépressifs : elle était nécessaire pour faire face à ses difficultés psychiques et physiques, ce qui, selon elle, parle en faveur d'une polytoxicomanie secondaire. D'ailleurs, en dépit des traitements médicamenteux et d'une abstinence totale à l'alcool et à la cocaïne, les périodes de troubles dépressifs récurrents sévères ont persisté. Au surplus, la recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de sa situation sur le plan somatique. À cet égard, elle fait valoir que l'absence de suivi à la consultation du Dr D \_\_\_\_\_ depuis le 4 mars 2014 ne signifie pas pour autant que son hépatite chronique est éradiquée. Si son état physique s'est certes amélioré (diminution légère de la fatigue), elle souffre toujours de troubles du sommeil importants, d'une baisse de l'élan vital, de fatigue permanente, d'anhédonie, d'anxiété, de dépression et d'un important isolement social. Il ne s'agit donc pas d'une franche amélioration. En

conclusion, la recourante soutient que son état psychique s'est aggravé de manière transitoire, sous l'effet de l'atteinte hépatique, de janvier 2013 à mars 2014, date à laquelle est survenue une légère amélioration en termes de diminution de la fatigabilité. Au niveau addictologique, elle souligne que son état a évolué favorablement et qu'elle s'est montrée compliant en s'abstenant de toute consommation d'alcool et de cocaïne. Mais, malgré le traitement de substitution à base de méthadone et le traitement stabilisateur de l'humeur, associés à un suivi psychiatrique régulier, il n'y a pas eu amendement du trouble dépressif récurrent sévère, en dehors d'une amélioration de la concentration et d'une diminution du ralentissement psychomoteur. À l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit :

- un rapport des HUG du 3 septembre 2015 suite à l'hospitalisation de l'assurée en raison d'une dyspnée, constatant une insuffisance respiratoire hypoxémique attribuée aux antécédents de la patiente (prise de drogue en inhalation, tabagisme actif et probable BPCO) ;
- un courrier adressé le 12 février 2016 par le docteur J \_\_\_\_\_ à la Dresse C \_\_\_\_\_, faisant état d'une BPCO sévère de stade D et de bronchopneumonies à répétition ; le médecin explique que la BPCO sévère est survenue dans le cadre d'un tabagisme chronique et de l'inhalation régulière d'héroïne ;
- un courrier adressé le 9 mars 2016 par le Dr J \_\_\_\_\_ à la Dresse C \_\_\_\_\_ mentionnant un syndrome d'apnées du sommeil central et une hypoventilation alvéolaire nocturne sur BPCO ;
- les résultats d'une polysomnographie datés du 6 avril 2016 ;
- un bref rapport du Dr J \_\_\_\_\_ du 27 avril 2016 indiquant que le traitement par appareil de ventilation non invasive à domicile nécessite un temps d'adaptation et qu'il lui est difficile de se prononcer sur l'incapacité de travail à long terme car cela dépendra de l'observance thérapeutique ;
- un rapport du Dr J \_\_\_\_\_ du 1er juin 2016 indiquant que la patiente a d'importantes difficultés à s'adapter à l'appareil et qu'il lui est toujours difficile de se prononcer sur la capacité de travail.

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 11 avril 2016, a conclu au rejet du recours. L'intimé maintient que le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ et son complément doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et soutient que l'assurée n'apporte aucun élément médical objectivement vérifiable ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour permettre de remettre en cause le bien-fondé de celle-ci. S'agissant de l'atteinte somatique, l'intimé relève que l'incapacité de travail y relative a duré moins d'une année, du 15 mars 2013 au 12 février 2014, de sorte qu'elle n'a pas engendré d'incapacité de travail durable. 19. Le 20 mai 2016, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions. Elle répète qu'elle souffre depuis l'enfance de troubles psychiques graves, qui ont évolué défavorablement à l'âge adulte et que c'est dans ce contexte qu'elle a eu recours à la consommation de substances. Pour le reste, elle souligne qu'une polysomnographie a permis de mettre en évidence un syndrome d'apnée du sommeil sévère, accompagné d'une hypoventilation alvéolaire nocturne dans le cadre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée. Cette pathologie pneumologique entraînant des limitations fonctionnelles (difficultés de concentration, troubles de la mémoire, somnolence diurne et incapacité à l'effort). La recourante demande que l'incapacité de travail en résultant soit réévaluée après adaptation du traitement par mise en place d'un appareil de ventilation à domicile. 20. Le 10 juin 2016, l'intimé a répliqué que les troubles du sommeil ne pouvaient être pris en considération car postérieurs à la décision litigieuse. L'intimé admet que l'ampleur des atteintes pneumologiques est potentiellement source de limitations fonctionnelles somatiques, mais constate que la sévérité de cette atteinte n'a pas été

évoquée par son médecin traitant, la doctoresse Dresse C\_\_\_\_\_. 21. Par écriture du 23 juin 2016, la recourante a contesté ce point de vue en invoquant l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, qui la suit depuis fin 2012, et qui aurait constaté pour la première fois en 2013 les syndromes en lien avec l'atteinte pneumologique. 22. Dans un bref certificat du 22 juin 2016, ce médecin confirme avoir constaté une bronchite tabagique à partir de 2013, puis plusieurs pneumonies bilatérales, en juin 2013, janvier 2014 et novembre 2014. Il fait également état d'une hospitalisation en septembre 2015 pour une décompensation respiratoire hypoxémique et, d'une bronchopneumonie en mars 2016, ainsi que c'un syndrome d'apnée central du sommeil de degré sévère. 23. Par écriture supplémentaire du 1 er juillet 2016, la recourante a encore produit un nouveau rapport du docteur Dr J\_\_\_\_\_ du 1 er juin 2016, suite à la mise en place d'un traitement par ventilation non invasive à domicile. 24. Par écriture du 27 juillet 2016, l'intimé a constaté que les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée confirmaient que la sévérité des atteintes avancées par le Dr J\_\_\_\_\_ était postérieure à la décision litigieuse (cf. notamment lettre de sortie du 25 mars 2016 et rapport médical du 1 er juin 2016 du Dr J\_\_\_\_\_). Selon lui, elles n'ont pas eu de répercussion sur la capacité de travail avant la décision litigieuse. 25. Le 31 janvier 2017, la recourante a produit un bref certificat du Dr J\_\_\_\_\_, pneumologue, du 9 janvier 2017, confirmant qu'elle souffre d'un syndrome d'apnées du sommeil de type central sévère, accompagné d'une hyperventilation alvéolaire nocturne dans le cadre d'une BPCO modérée sur tabagisme. Ces deux pathologies induisent des limitations fonctionnelles (difficultés de concentration, troubles de la mémoire, somnolences diurnes et incapacité à l'effort). Le médecin ajoute que sa patiente bénéficie désormais d'un traitement par appareil de ventilation non-invasive à domicile qui nécessite un temps d'adaptation. Elle souffre également de nombreuses infections respiratoires à répétition en lien avec la poursuite de son tabagisme et de bronchiectasies, atteintes pour lesquelles il n'évoque aucune limitation fonctionnelle. 26. Entendu par la Chambre de céans, le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de la recourante depuis novembre 2013, a indiqué avoir reçu celle en consultation onze fois en 2014, huit fois en 2015 et huit fois en 2016. Informé que le Dr G\_\_\_\_\_ avait conclu à une toxicomanie primaire, le témoin a indiqué partager ce point de vue, tout en précisant que la toxicomanie avait néanmoins été favorisée par le développement mental des premières années de l'assurée, passées en Afrique et marquées par des difficultés. Selon lui, il y avait sans doute une prédisposition à la toxicomanie. Le médecin a qualifié la compliance de sa patiente de moyenne : elle prend ses médicaments, mais il peut lui arriver de les oublier. En revanche, s'agissant de sa toxicomanie, elle est bien suivie, puisqu'elle doit aller prendre ses médicaments auprès des HUG. Le témoin a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent au vu du nombre d'épisodes importants traversés. Tout comme l'expert, il a en revanche écarté celui de trouble bipolaire et celui d'anxiété. Le témoin a indiqué adhérer aux conclusions de l'expert pour ce qui est des diagnostics invalidants de trouble dépressif récurrent de gravité désormais moyenne et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés. Selon lui, la capacité de travail de sa patiente ne dépasse pas 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire qui ne l'expose pas au stress et aux relations interpersonnelles. Cette appréciation tient compte de la globalité des problèmes, c'est-à-dire à la fois le trouble dépressif et la toxicomanie. En revanche, l'hypothèse que l'assurée puisse recouvrer en l'espace de six mois une pleine capacité avec une bonne compliance au traitement antidépresseur et un sevrage aux opiacés lui a paru un peu optimiste, car cela revient à lui demander d'évoluer comme elle n'a jamais pu le faire jusqu'à présent dans sa

vie. Le témoin a émis l'avis que, même en cas de sevrage complet et durable - ce qui lui paraît très difficile à envisager -, il est possible que le trouble dépressif persiste. En effet, l'assurée en a souffert tout au long de sa vie, vie qu'elle a en quelque sorte subie en raison de sa personnalité dépendante. Le témoin a émis l'avis que la personnalité dépendante a favorisé la toxicomanie. Il a ajouté que travailler à temps partiel ne nuirait d'aucune manière à la préservation de son état psychique. Au contraire, cela favoriserait son intégration sociale et permettrait peut-être d'éviter de retomber dans la spirale de la toxicomanie. Quant aux troubles pulmonaires, le psychiatre a indiqué n'être pas habilité à se prononcer. Il a cependant exclu qu'ils favorisent d'une quelconque façon les troubles dépressifs. En effet, les premiers sont très récents et les seconds très anciens. 26. Entendu à son tour, le Dr G\_\_\_\_\_ a souligné que la capacité de 100% retenue dans son rapport est bel et bien médico-théorique : il s'agit seulement d'une hypothèse, à vérifier. D'ailleurs, ainsi qu'il l'a également mentionné, la situation n'était pas stabilisée. En l'absence de symptômes psychotiques, il lui paraissait exigible de la part de l'assurée de se soumettre à un suivi régulier et à la prise régulière de médicaments, ce qui ne pouvait qu'être une bonne chose pour elle. S'il a conclu à une toxicomanie primaire, c'est parce que la prise des substances est antérieure au premier épisode dépressif sévère, lequel n'a entraîné d'incapacité qu'à compter de 2012, alors que la prise des substances remonte au début de l'adolescence. Par ailleurs, la prise de ces substances augmente le risque de rechute dépressive. En particulier dans le cas de l'assurée, on peut observer que l'arrêt de la cocaïne et du cannabis a eu pour conséquence une amélioration significative en 2014 (disparition des symptômes psychotiques et passage d'une dépression sévère à moyenne). L'expert aurait conclu à une toxicomanie secondaire si les symptômes psychotiques étaient antérieurs à la prise de substances et avaient subsisté malgré l'arrêt de celles-ci. L'expert a expliqué avoir pour sa part retenu le diagnostic de personnalité émotionnellement de type borderline, dont il a expliqué qu'il n'exclut pas celui de traits de personnalité dépendante. Les liens avec la toxicomanie sont fort possibles, car ce type de personnalité favorise clairement la toxicomanie, laquelle renforce à son tour ce type de trouble. Il n'en demeure pas moins, dans le cas de l'assurée, que ce trouble est présent depuis plusieurs décades et qu'il n'a pas empêché la formation professionnelle et l'exercice d'une activité. Ce sont la prise de substances et les troubles dépressifs qui sont à l'origine de l'incapacité de travail. L'expert a souligné le soin tout particulier pris à l'établissement de l'anamnèse depuis l'enfance de l'assurée, indiquant avoir laissé à cette dernière la possibilité à d'ajouter quelque chose si elle le souhaitait, ce qui ne lui a pas paru nécessaire. En l'occurrence, l'enfance de l'intéressée a été particulièrement traumatique. L'expert a ajouté ne pouvoir se prononcer sur l'hépatite en elle-même mais il est clair que celle-ci et la fatigue qu'elle induit ou celle causée par la prise du traitement peuvent aggraver la dépression. Le fait de ne pas avoir de suivi psychique régulier et de ne pas prendre régulièrement son traitement antidépresseur a cependant encore plus d'influence. Quoi qu'il en soit, il a rappelé avoir préconisé une activité adaptée aux limitations physiques. Les troubles du sommeil évoqués par l'assurée ont été mis en lien avec le trouble dépressif. En revanche, l'assurée n'a pas fait état de ronflements et l'expert n'a pas constaté de baisse de vigilance. Les rapports des HUG n'en faisaient pas état à l'époque. Interrogé sur les incapacités de travail retenues - de 100% puis de 50% -, l'expert a expliqué s'être exprimé là d'un point de vue clinique, au vu de la constellation de tous les éléments, de la personnalité de l'assurée et de son passé particulièrement traumatique, de la gravité de l'état dépressif et de l'existence de symptômes psychotiques. Il est vrai que d'un point de vue strictement médico-théorique, il

aurait pu conclure à une pleine capacité de travail mais il lui a semblé que l'ensemble des éléments évoqués jouaient néanmoins un rôle : sur mille personnes prenant les mêmes substances que l'assurée et souffrant d'une toxicomanie primaire, seules 15 % environ auraient été dans le même état qu'elle. C'est la somme de tous ces éléments qui l'a conduit à cette conclusion, tout en précisant qu'il n'y a pas de méthode empiriquement validée. Il est vrai que chacun de ces éléments, en soi, ne justifie pas d'incapacité, mais leur somme oui. 27. Dans ses écritures après enquêtes du 17 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il retient des auditions des médecins que l'assurée ne souffre d'aucune atteinte incapacitante. S'agissant de l'atteinte pulmonaire diagnostiquée au printemps 2016, son traitement est en cours d'adaptation et il faudra attendre une stabilisation pour apprécier les limitations fonctionnelles durables et évaluer la capacité de travail. Pour le reste, l'intimé se réfère à l'avis de son SMR qui relève, s'agissant du Dr J\_\_\_\_\_, que les diagnostics posés sont les mêmes que ceux évoqués en février et mars 2016 : BPCO modéré et syndrome d'apnées du sommeil sévère. L'adaptation du traitement de ce dernier est toujours en cours et la situation n'apparaît pas encore stabilisée. D'ailleurs, le Dr J\_\_\_\_\_ n'est pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. S'agissant du Dr G\_\_\_\_\_, le SMR relève que le psychiatre confirme que la toxicomanie est d'origine primaire, puisqu'elle a précédé de plusieurs années l'apparition du premier épisode dépressif et que le trouble thymique est une conséquence de l'abus de substances. Le SMR relève la différence entre une capacité de travail clinique et une capacité de travail médico-théorique et rappelle que, du point de vue asséurologique, la toxicomanie primaire ne justifie pas d'incapacité de travail dès lors qu'elle reste surmontable par un effort de volonté en l'absence de psychopathologie incapacitante. Si le psychiatre a admis des périodes d'incapacité de travail clinique en lien avec les symptômes secondaires à la toxicomanie, il a précisé que chacun de ces éléments, en soi, ne justifiait pas d'incapacité et que, d'un point de vue strictement médical, il aurait pu conclure à une pleine capacité de travail. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, le SMR relève qu'il adhère aux conclusions G\_\_\_\_\_ concernant les diagnostics retenus et le caractère primaire de la toxicomanie. S'agissant des doutes émis par ce médecin sur la capacité sa patiente, le SMR rappelle le lien thérapeutique qui l'unit à celle-ci. Il souligne par ailleurs que l'assurée trouve les ressources d'être compliant à son traitement de substitution par la méthadone bien que celui-ci soit contraignant, et qu'elle est parvenue à se sevrer et à rester abstinente d'alcool, de cocaïne et de cannabis. S'agissant de l'hypothèse selon laquelle le trouble dépressif pourrait persister même en cas de sevrage complet et durable, le SMR relève que l'assurée n'a pas développé de troubles de l'humeur avant le début de l'âge adulte et que la diminution de sa consommation de toxiques a amené une amélioration significative de la symptomatologie dépressive en 2014. 28. Dans ses conclusions après enquêtes du 20 mars 2017, la recourante a également campé sur sa position. Elle relève que tant le Dr G\_\_\_\_\_ que son psychiatre concluent à un trouble dépressif récurrent moyen et à des troubles mentaux à caractère invalidant ; tous deux considèrent que son type de personnalité a favorisé la toxicomanie, laquelle a, à son tour, renforcé le trouble psychiatrique. Selon son psychiatre traitant, la toxicomanie a été favorisée par le développement mental de ses premières années, marquées par des difficultés de vie. Elle en tire la conclusion qu'elle souffrait ainsi d'une prédisposition à la toxicomanie. À ce propos, le Dr G\_\_\_\_\_ a d'ailleurs reconnu que son enfance avait été particulièrement traumatique. Malgré l'amélioration des symptômes psychotiques en 2014, la recourante considère que même en cas de sevrage complet et durable, le trouble dépressif persisterait malgré tout. Elle en veut

pour démonstration le fait qu'elle en a souffert tout au long de sa vie et qu'il est favorisé par ses traits de la personnalité dépendants. Quant à un sevrage complet en l'espace de six mois, elle considère que c'est une hypothèse qui ne risque pas de se concrétiser. Compte tenu de l'imbrication des diagnostics et du renforcement réciproque de ceux-ci, elle considère qu'une capacité de travail réduite de 50% devrait lui être reconnue. S'y ajoutent les troubles du sommeil dont elle souffre, qui induisent une importante fatigabilité, une somnolence diurne et une incapacité à l'effort qui devrait conduire au vu de l'ensemble des diagnostics, à une totale incapacité de travail. 29. Par écriture spontanée supplémentaire du 11 avril 2017, la recourante a une nouvelle fois contesté la position de l'intimé. Elle rappelle que son psychiatre traitant a également retenu le diagnostic de personnalité dépendante, alors que le Dr G\_\_\_\_\_ s'est prononcé pour sa part en faveur d'une personnalité émotionnellement borderline sans exclure le diagnostic de personnalité dépendante. Elle répète que, selon son psychiatre traitant, cette personnalité dépendante a favorisé sa toxicomanie. Elle souligne que tant l'expert que son psychiatre ont admis l'existence d'un renforcement réciproque entre la dépendance aux opiacés et le trouble dépressif. Quant à la capacité de travail théorique de 100% retenue par l'expert, elle fait remarquer qu'il s'agit d'une appréciation médico-théorique hypothétique. Enfin, s'agissant de ses troubles pulmonaires, elle conteste qu'ils aient été diagnostiqués au printemps 2016, alléguant que les diagnostics ont été retenus en 2013 la première fois par la Dresse C\_\_\_\_\_.

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement, sur le caractère invalidant des atteintes dont elle souffre.

6. 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 vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

7. 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.

8. 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). 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).

9. 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).

10. 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. À 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, ATF 102 V 165; 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).

11. 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). 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 déterminé 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).

11. Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

12. 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).

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

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

14. En l'espèce, l'intimé nie à la recourante le droit à toute prestation. Se fondant sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, il considère que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'est pas établi et que l'assurée a conservé une pleine capacité de travail dans toute activité, ce que l'intéressée conteste.

En premier lieu, il convient de déterminer quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. La Cour de céans constate que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante, qu'il tient compte des plaintes rapportées par cette dernière, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier et que ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. On ajoutera que si les médecins traitants de la recourante divergent sur l'appréciation de la capacité de travail de celle-ci, ils n'amènent aucun élément médical objectif justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise. En particulier, le psychiatre traitant confirme les diagnostics retenus par l'expert. Tous deux ont écarté ceux de trouble bipolaire et d'anxiété. Quant aux traits de personnalité dépendante invoqués par le Dr I\_\_\_\_\_, ils sont compatibles avec le diagnostic de personnalité émotionnellement borderline retenu par l'expert. Dans ces circonstances, il n'y a donc pas lieu de procéder à

une nouvelle expertise, celle figurant au dossier étant pleinement suffisante sur le plan psychique. La recourante reproche à l'OAI une position qu'elle estime contraire aux conclusions de l'expert. Il est vrai que ce dernier a admis une incapacité de travail de 100% entre septembre 2012 et décembre 2013 et de 50% de janvier à juin 2014. Cette incapacité est justifiée par l'aggravation psychique survenue lorsque l'atteinte hépatique a été posée et qu'un traitement lourd a été mis en place. L'expert psychiatre a indiqué que si le trouble dépressif était désormais amélioré, il avait effectivement été de degré sévère par le passé. Le SMR a d'ailleurs confirmé, en août 2013, qu'à eux seuls, les effets secondaires du traitement par Interféron justifiaient une incapacité de travail jusqu'à la fin dudit traitement. Sur ce point, la recourante a donc raison. C'est à tort que l'intimé retient que l'incapacité de travail se serait limitée à la période du 15 mars 2013 au 12 février 2014. Il ressort au contraire du dossier et du rapport du Dr G \_\_\_\_\_ que cette incapacité a bel et bien débuté en septembre 2012 - alors justifiée par l'aggravation du trouble dépressif, devenu sévère suite à l'annonce du diagnostic hépatique - et qu'elle a duré jusqu'à fin juin 2014, soit quelques mois après la fin du traitement par Interféron - arrivé à terme fin mars 2014. À cet égard, les conclusions de l'expert paraissent vraisemblables et convaincantes au vu de l'anamnèse et du dossier. Il ne se justifie dès lors pas de s'en écarter comme l'a fait l'intimé. Dès lors, la période d'incapacité à retenir est bel et bien de 100% entre septembre 2012 (aggravation psychique consécutive à l'annonce de l'atteinte somatique) et mars 2014 (date à laquelle le traitement de l'hépatite a pris fin, puisqu'il justifiait à lui seul une totale incapacité selon le SMR), puis de 50% d'avril à juin 2014 (jusqu'à ce que les effets secondaires du traitement s'estompent et que l'état psychique de l'assurée s'améliore, selon les constatations de l'expert). Sur ce point, le recours est admis et il conviendra de renvoyer la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues à compter de septembre 2013 et jusqu'à septembre 2014. Reste à examiner ce qu'il en est de la période débutant en juillet 2014, pour laquelle l'expert a reconnu à l'assurée, d'un point de vue psychique, une pleine capacité de travail dans toute activité. La recourante reproche à l'expert et à l'intimé d'avoir considéré sa polytoxicomanie comme surmontable. Cela étant, l'expert et l'intimé n'ont fait qu'appliquer la jurisprudence constante. En effet, même si on admet que les traits de personnalité de l'assurée ont pu favoriser l'apparition de la toxicomanie, il n'en demeure pas moins que ces traits n'étaient pas invalidants en eux-mêmes et que la toxicomanie n'a pas non plus induit d'atteinte invalidante en soi. Il ne fait par ailleurs aucun doute que la toxicomanie est primaire, dans la mesure où elle est apparue bien avant les troubles psychiques. Dès lors, on ne saurait retenir d'atteinte invalidante sur le plan psychique au-delà de juin 2014, date à compter de laquelle le trouble dépressif récurrent n'a plus revêtu qu'un degré de sévérité moyenne. On rappellera à cet égard qu'en cas de dépendance, la situation de fait doit certes 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 -, mais, 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. Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Il n'y a donc pas non plus lieu de s'écarter des conclusions de l'expert quant au recouvrement d'une pleine capacité de travail médico-théorique à compte de juillet 2014. Sur ce point, la recourante se voit déboutée. 15. En dernier lieu, la

recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de ses atteintes pulmonaires. Cependant, force est de constater que la BPCO dont elle souffre est modérée. Les médecins traitants n'ont d'ailleurs jamais fait état d'une incapacité en lien avec cette atteinte. Quant au syndrome d'apnées du sommeil, il n'a été diagnostiqué qu'en mars 2016 - soit bien après la décision litigieuse. On pourrait certes soutenir qu'il devait déjà être présent à l'heure où celle-ci a été rendue. Cependant, les troubles de l'attention et de la concentration dont se plaint la recourante - dont on pourrait penser qu'ils seraient induits par cette atteinte - n'ont pas été objectivés. Au contraire, l'expert psychiatre, après examen psychométrique, a considéré qu'il n'y avait aucun trouble de la concentration incapacitant. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé n'en a pas tenu compte. S'il devait s'avérer que les troubles augmentent ou soient objectivés dans le futur, il serait loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande pour ce motif. 16. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour calcul des prestations dues correspondant aux périodes d'incapacité retenues au considérant 14 supra.

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.