

# GE\_GERICHTE A/3044/2014 vom 19. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3044\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3044_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3044/2014 du 19 mai 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3044/2014 del 19 maggio 2015

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1965, exerçant l'activité de repasseuse, a déposé le 10 avril 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) une demande de prestations AI. Elle allègue souffrir d'un état anxio-dépressif sévère, d'une hyperthyroïdie subclinique et d'une broncho pneumopathie chronique obstructive - BPCO modérée depuis 2012. Elle est en arrêt de travail depuis le 12 septembre 2011. Son médecin traitant, la doctoresse B\_\_\_\_\_, généraliste, a confirmé les diagnostics d'état anxio-dépressif sévère, épisode actuel modéré, et suspicion d'alcool-dépendance - OH chronique, le 3 mai 2013. Elle évalue l'incapacité de travail à 100% depuis le 12 septembre 2011, et dit ne pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Elle explique que sa patiente « présente depuis des années un état anxio-dépressif probablement lié à une enfance difficile. (...) L'état s'est nettement péjoré en 2005-2006 après que son mari soit parti, elle a probablement commencé à ce moment-là à avoir une consommation abusive d'alcool. (...) Suite au décès de sa mère en 2011, elle a présenté une nette péjoration de sa thymie avec une importante dépression anxio-dépressive sévère. (...) En plus de cela, chômeuse de longue durée, elle est dans une situation très précaire avec de grandes difficultés journalières, ce qui accentue encore plus son état dépressif. (...) Elle se sent triste, inutile, a des idées de mort passives sans avoir pensé au suicide ». Le 10 septembre 2013, le médecin traitant a indiqué que l'état de santé était stationnaire et a confirmé l'incapacité de travail à 100%, précisant que « je pense qu'elle devrait avoir un suivi psychiatrique, mais la patiente a peur d'y aller et pour le moment ne le souhaite pas ». Elle a souligné une compliance optimale et une bonne concordance entre les plaintes de la patiente et l'examen clinique. L'OAI a mandaté le docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, pour expertise. Celui-ci a rendu son rapport le 26 mai 2014. Il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation continue à haut niveau. Selon l'expert, « il s'agit dans cette situation clairement d'un alcoolisme primaire. Les troubles anxio-dépressif mentionnés, d'une part, par la patiente pour la période 2005 et 2006, d'autre part, par son médecin traitant dès 2010, ne peuvent pas être mobilisés pour « construire » un alcoolisme secondaire. Ici, l'état clinique de l'assurée et sa non-observance médicamenteuse sont totalement contradictoires. (...) Nous avons conclu que l'alcoolisme de cette personne est au stade actuel dans un registre où l'assurée contrôle encore assez bien ses actes et où elle a déjà inconsciemment pris quelques précautions pour ne pas apparaître trop dysfonctionnelle. Elle a par exemple renoncé à la conduite de véhicule, elle vit dans un cercle restreint de connaissances et elle n'est pas vraiment dans une apparence négligée ». Il

considère que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail, et indique que « pour ce qui concerne le passé, il n'y a aucun indice que ces quelques dernières années, une incapacité de travail significative ait existé ». [endif]>![if> 5. Dans sa note du 17 juillet 2014, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a proposé de suivre les conclusions de l'expert.[endif]>![if> 6. Le 31 juillet 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations AI était rejetée.[endif]>![if> Ce projet de décision a été confirmé le 26 septembre 2014. 7. Le 19 août 2014, l'assurée a interjeté recours auprès de l'OAI contre ladite décision.[endif]>![if> L'OAI a transmis son courrier à la chambre de céans comme objet de sa compétence. Le recours a été enregistré sous le numéro de cause A/3044/2014. 8. L'assurée a produit un certificat établi par son médecin traitant le 25 octobre 2014, selon lequel elle « présente une humeur triste, elle présente lors des entretiens une perte d'intérêts, elle n'éprouve plus aucun plaisir pour les activités quotidiennes. Elle présente une lassitude, une diminution de son énergie vitale, un sentiment de dévalorisation « elle ne vaut rien. De toute manière, rien ne va plus jamais s'arranger ». Elle a de plus en plus de peine à prendre soin d'elle-même. Elle est de moins en moins soignée, mais paradoxalement jusqu'à peu, elle ne voulait pas admettre qu'elle était malade et que sa maladie s'appelle dépression. Pour diminuer son anxiété, elle a probablement commencé une consommation d'alcool excessive suite à son divorce. Jusqu'à maintenant, elle était également complètement dans le déni d'une surconsommation alcoolique. Nous avons fait un bilan hépatique, débuté « alcoochoix », une méthode pour l'arrêt de l'alcool, et elle a finalement pu accepter d'en parler. Actuellement, la situation est très fragile. Elle commence à s'ouvrir et à accepter une prise en charge. Par contre, son état de santé ne lui permet pas de travailler à mon avis ».[endif]>![if> 9. Dans sa réponse du 11 novembre 2014, l'OAI, considérant, d'une part, que l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine et entière valeur probante, et, d'autre part, que le certificat de la Dresse B\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément médical susceptible de mettre en doute les conclusions claires, motivées et cohérentes formulées par l'expert, a conclu au rejet du recours.[endif]>![if> 10. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 17 février 2015, ainsi que l'audition de la Dresse B\_\_\_\_\_. [endif]>![if> Celle-ci a alors déclaré que « Je suis le médecin traitant de Madame A\_\_\_\_\_ depuis janvier 2010. J'ai pris connaissance du rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Je ne partage pas son avis quant à la qualification primaire de l'alcoolisme. Je rappelle en effet que ma patiente a eu un début de vie difficile, puis un divorce difficile. Les liens avec sa famille ont été un peu plus proches à un moment donné. La maman est décédée en 2011, et l'une des sœurs avec laquelle elle s'était plus particulièrement rapprochée, l'a rejetée. Il y a eu très nettement une augmentation de la consommation d'alcool. Dans un premier temps, j'ai pu constater un déni de cette consommation. Il est difficile pour ma patiente de s'ouvrir. Pour moi, elle est en grande souffrance. Je lui ai à plusieurs reprises recommandé de consulter un psychiatre. Elle s'y est à chaque fois opposé, pensant qu'elle « n'en vaut pas la peine ». Sa consommation est très importante. Le CDT permet d'évaluer la consommation chronique d'alcool. Il est très élevé dans le cas de ma patiente (le plus haut a été de 7.3). Nous avons réussi à le baisser à 4.4, ce qui est encore trop haut (la norme est de moins de 1,3). Je considère qu'il ne s'agit pas d'un alcoolisme primaire pour ces motifs. Je pense qu'il s'agit d'une automédication. J'avais indiqué dans mon rapport du 10 septembre 2013 que la compliance était bonne. Je dois malheureusement rectifier, dans la mesure où j'avais fait confiance dans ses déclarations. Je confirme le diagnostic d'état dépressif qui était difficile à poser, dans la mesure où Mme

A\_\_\_\_\_ a plutôt tendance à dire que tout va bien et à banaliser. Je qualifierais son état dépressif de sévère, au vu de ce qu'elle explique avec ses mots. Elle n'a pas d'idée suicidaire, mais pense que si elle ne réveille pas le lendemain matin, ce serait plutôt une bonne chose. Je confirme l'apparence négligée, contrairement à ce qu'a déclaré le Dr C\_\_\_\_\_. Il y a aggravation de son état dépressif qui va de pair avec l'augmentation de la consommation d'alcool. Elle n'est plus autant dans le déni qu'auparavant. On peut en parler. Je n'ai en revanche pas encore réussi à la convaincre de consulter un psychiatre. Le Cipralex est un antidépresseur anxiolytique. A mon avis, il ne suffit pas pour traiter un état dépressif sévère. Il faut une psychothérapie en même temps. En ma qualité de généraliste, je ne peux assumer la psychothérapie qui serait nécessaire. Je ne peux apporter qu'un soutien qui reste nécessairement insuffisant. Je confirme que sur le plan somatique, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail. Si l'alcool-dépendance était correctement traitée, il y aurait d'autres problèmes, dont l'état dépressif, qui impliqueraient une diminution de la capacité de travail. Il y a à l'évidence chez ma patiente un dysfonctionnement. Je maintiens que ma patiente ne souffre pas d'une simple dysthymie ». 11. Dans ses écritures après enquêtes du 9 mars 2015, l'OAI, s'est fondé sur un avis du SMR du 3 mars 2015, selon lequel « nous n'avons aucune trace médicale d'une quelconque atteinte à la santé psychiatrique (ou somatique) qui, indépendamment de la consommation d'alcool, aurait conduit l'assurée à une incapacité de travail de longue durée. De ce fait, nous n'avons pas de raison médicale susceptible de modifier notre ancien rapport SMR. La réalisation d'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. Cependant, si tel est le désir de la CJCAS, l'expertise ne pourra que confirmer notre position », et a relevé que le fait que la consommation excessive de substances toxiques soit survenue lors de moments de vie difficiles, ne veut nullement dire que la consommation soit secondaire. L'OAI souligne que le diagnostic posé par le médecin traitant de trouble dépressif sévère, est le résultat d'une simple impression puisque les critères posés par la CIM-10 n'ont pas été examinés, la compliance n'a pas été vérifiée par prélèvement sanguin et aucune mesure psychothérapeutique n'a été mise sur pied. Il constate que les réserves de la recourante à se livrer en entretien ont non seulement été prises en compte par l'expert, mais de plus risquent fort de se reproduire en cas de nouvelle expertise. L'OAI en a conclu que ni la nécessité, ni l'opportunité d'une nouvelle expertise psychiatrique, n'avaient été démontrées. 12. Ces écritures ont été transmises à l'assurée et un délai lui a été accordé au 2 avril 2015 pour faire part de ses éventuelles observations. Celle-ci ne s'étant pas manifestée, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 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 l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement à une rente d'invalidité.

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 1er janvier 2008).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). A 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). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que 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 (ATF non publié 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). 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 (ATF non publié 9C\_395/2007, op. cit., consid. 2.4). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C\_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3). Il y a enfin 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).

7. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). 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. En vertu de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance 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<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 1<sup>er</sup>). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

8. 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). 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. A 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 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). 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. A 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). 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). b. 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). 9. En l'espèce, l'OAI a confié au Dr C\_\_\_\_\_ le mandat d'examiner l'assurée. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ établi le 26 mai 2014 comporte une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et familiale détaillée, un historique médical, et relate les plaintes et descriptions subjectives de la recourante. L'expert a procédé à une analyse complète du dossier. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait qu'une alcoolodépendance primaire et écartait le trouble dépressif posé par le médecin traitant. Aussi son expertise a-t-elle valeur probante. Il a conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité, à la date de son expertise. 10. Reste à examiner si les rapports du médecin traitant, et son audition, permettraient de s'écarter des conclusions de l'expertise. Il y a préalablement lieu de relever que ces rapports divergent sensiblement de celles-ci. Il sied de rappeler à ce stade 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). Selon l'expert, « les troubles anxio-dépressif mentionnés, d'une part, par la patiente pour la période 2005 et 2006, d'autre part, par son médecin traitant dès 2010, ne peuvent pas suffire à « construire un alcoolisme secondaire ». Le médecin traitant se borne à déclarer en effet que « pour diminuer son anxiété, elle a probablement commencé une consommation d'alcool excessive suite à son divorce », sans autre précision. Entendue par la chambre de céans le 17 février 2015, elle a précisé que « J'ai pris connaissance du rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Je ne partage pas son avis quant à la qualification primaire de l'alcoolisme. Je rappelle en effet que ma patiente a eu un début de vie difficile, puis un divorce difficile. Les liens avec sa famille ont été un peu plus proches à un moment donné. La maman est décédée en 2011, et l'une des sœurs avec laquelle elle s'était plus particulièrement rapprochée, l'a rejetée. Il y a eu très nettement une augmentation de la consommation d'alcool. Dans un premier temps, j'ai pu constater un déni de cette consommation. Il est difficile pour ma patiente de s'ouvrir. Pour moi, elle est en grande souffrance. Je lui ai à plusieurs reprises recommandé de consulter un psychiatre.

Elle s'y est à chaque fois opposé, pensant qu'elle « n'en vaut pas la peine ». Sa consommation est très importante. Le CDT permet d'évaluer la consommation chronique d'alcool. Il est très élevé dans le cas de ma patiente (le plus haut a été de 7.3). Nous avons réussi à le baisser à 4.4, ce qui est encore trop haut (la norme est de moins de 1,3). Je considère qu'il ne s'agit pas d'un alcoolisme primaire pour ces motifs. Je pense qu'il s'agit d'une automédication ». Force est de constater que le médecin traitant ne pose pas de diagnostic psychiatrique, hormis l'état dépressif, qui serait la cause de la dépendance à l'alcool que présente l'assurée. La chambre de céans est consciente de ce que celle-ci a connu des moments de vie particulièrement difficiles, moments qui ont pu expliquer une certaine consommation d'alcool, ils ne valent cependant pas troubles psychiatriques et ne justifient pas, partant, que l'on considère qu'il s'agisse d'une alcoolodépendance primaire, de sorte que même si cette alcoolodépendance impliquait une entière incapacité de travail, cela ne serait pas suffisant, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour admettre une invalidité. Lors de l'audience du 17 février 2015, le médecin traitant a confirmé le diagnostic d'état dépressif qu'elle avait retenu, le qualifiant de sévère « au vu de ce qu'elle [ l'assurée ] explique avec ses mots. Elle n'a pas d'idée suicidaire, mais pense que si elle ne réveille pas le lendemain matin, ce serait plutôt une bonne chose ». Le médecin traitant maintient ainsi que sa patiente ne souffre pas d'une simple dysthymie. Elle considère qu'il y a aggravation de l'état dépressif, qui va de pair avec l'augmentation de la consommation d'alcool, précisant toutefois qu'elle n'avait pas encore réussi à la convaincre de consulter un psychiatre. Il apparaît à la chambre de céans que le médecin traitant semble plutôt faire reposer son diagnostic sur des appréciations clairement subjectives, ne faisant en particulier pas état des critères CIM-10. Elle reconnaît que le Cipralex, qu'elle lui prescrit, ne suffirait pas pour traiter un état dépressif sévère. L'expert a à cet égard constaté, quoi qu'il en soit, que « l'assurée était totalement non observante pour cette prescription, ce qui met en question indirectement les notions antérieures à l'observance et compliance ». Le médecin traitant avait en revanche souligné une compliance optimale et une bonne concordance entre les plaintes de la patiente et l'examen clinique. Entendue par la chambre de céans, elle a admis que « j'avais indiqué dans mon rapport du 10 septembre 2013 que la compliance était bonne. Je dois malheureusement rectifier, dans la mesure où j'avais fait confiance dans ses déclarations ». Elle a par ailleurs déclaré qu'« il faut une psychothérapie en même temps. En ma qualité de généraliste, je ne peux assumer la psychothérapie qui serait nécessaire. Je ne peux apporter qu'un soutien qui reste nécessairement insuffisant ». Aucune mesure psychothérapeutique n'a ainsi été mise sur pied. S'agissant enfin des réserves de l'assurée à se livrer en entretien, ces dernières ont été dûment prises en compte par le médecin expert. Les conclusions du médecin traitant ne sauraient, au vu de ce qui précède, remettre en cause le caractère probant des conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de l'assurée.

11. La recourante souffre également de pathologies d'ordre somatique qui n'ont pas été investiguées par l'OAI, soit la BPCO et l'hyperthyroïdie. Le médecin traitant n'en fait toutefois pas état pour justifier une quelconque diminution de la capacité de travail et a confirmé, en audience, que sur le plan somatique, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail. Il n'y a dès lors pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur ce point.!

12. L'expert a conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité, à la date de son expertise, précisant à cet égard qu'il ne pouvait pas se prononcer pour le passé. ! Il n'a certes pas souhaité se prononcer sur la capacité de travail antérieure à son expertise. Il a toutefois indiqué que « pour ce qui concerne le passé, il n'y a aucun indice que ces quelques dernières années, une incapacité

de travail significative ait existé ». Il y a lieu de rappeler que dans son rapport du 3 mai 2013, le médecin traitant a indiqué que sa patiente avait commencé à consommer de l'alcool de façon abusive depuis 2005-2006 en raison d'une péjoration de son état dépressif liée au départ de son mari et qu'elle souffre d'un état dépressif sévère depuis 2011, date à laquelle elle avait cessé toute activité lucrative. Le 25 octobre 2014, le médecin fait état d'une aggravation de l'état de santé, se bornant à préciser, notamment, que sa patiente présente une humeur triste et est de moins en moins soignée. Ces constatations, au demeurant contradictoires, ne suffisent pas pour justifier qu'il y ait eu incapacité de travail déterminante avant mai 2014, date du rapport d'expertise. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant A la forme :

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