

## GE\_GERICHTE A/4545/2017 vom 4. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4545\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4545_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4545/2017 du 4 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4545/2017 del 4 ottobre 2018

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1960, a obtenu un diplôme de l'Ecole professionnelle pour restaurateurs et hôteliers de Vieux-Bois en 1980, puis exercé différents emplois, en qualité notamment d'aide-comptable, de secrétaire, d'employée de commerce, de téléphoniste ou encore de commise-greffière. Elle a également traversé des périodes de chômage avant d'occuper, en dernier lieu, la fonction de secrétaire administrative à 70%.! [endif]>! [if> 2. Les 12 janvier et 16 mai 2009, l'assurée a été victime de deux accidents lui occasionnant des lésions au membre inférieur droit. ! [endif]>! [if> 3. En date du 1 er août 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une incapacité totale de travail suite à ces deux accidents.! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport du 10 septembre 2009, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de personnalité borderline avec trouble du comportement depuis 2000, d'état anxio dépressif chronique depuis 1990, de syndrome de dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines et au cannabis depuis 1980, traitement de substitution à la méthadone depuis 1999, de status après une entorse du genou le 12 janvier 2009, de fracture de la cheville droite compliquée par une algoneurodystrophie en mai 2009 et d'entorse bénigne de la cheville gauche en juin 2009. ! [endif]>! [if> L'assurée était suivie depuis 1990 pour un état anxieux chronique avec une phase dépressive, ainsi que pour ses diverses dépendances. En 2000, des épisodes graves avaient nécessité des hospitalisations pour un état anxio-dépressif majeur. Depuis 2005, suite à un nouveau licenciement, il avait constaté chez la patiente une nette aggravation des troubles psychiatriques et une recrudescence de la consommation des divers toxiques. En mars 2009, l'assurée avait été suivie très brièvement au Centre de thérapies brèves (ci-après : CTB). Elle présentait un état anxieux, des troubles de comportement caractérisés par une agitation psychomotrice, une logorrhée, avec parfois des propos incohérents et orduriers, un état de désinhibition et une imprégnation alcoolique. D'un point de vue psychiatrique, sans sevrage et sans prise en charge spécialisée régulière et continue, le pronostic était mauvais. La capacité de travail était nulle depuis que la situation psychiatrique sévère s'était progressivement aggravée au début de l'année 2009. L'état d'agitation, d'anxiété et d'agressivité, associé à la prise de différents médicaments, d'alcool et de cannabis, ne permettait pas à l'assurée d'avoir les capacités de concentration, de mémorisation et d'adaptation nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

5. Le Dr B\_\_\_\_\_ a notamment joint à son rapport :! [endif]>! [if> - un courrier envoyé le 11 janvier 2000 au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, relatant que l'assurée consommait de la drogue depuis l'âge de 18 ans, de la méthadone depuis au moins 1992, des benzodiazépines et des alcools forts ; durant le dernier semestre de l'année 1999, la situation psychique s'était aggravée, avec une anxiété de plus en plus importante provoquant une plus grande consommation de produits toxiques ; était également apparue une agitation physique et psychique évoquant un état maniaque nécessitant la prise de médicaments ;

1. un rapport du 1<sup>er</sup> février 2000 de la Clinique La Métairie, attestant que l'assurée y avait séjourné du 14 au 26 janvier 2000 ; à sa sortie, avaient été retenus les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, d'utilisation d'opiacés, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, de syndrome de dépendance aux sédatifs hypnotiques, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, d'épisode dépressif moyen, de personnalité dépendante et de personnalité de type borderline ; à son admission, l'assurée était alcoolisée et sous l'influence des benzodiazépines, de sorte que l'établissement d'une anamnèse avait été presque impossible ; elle présentait une anxiété, des troubles du sommeil, un sentiment de désarroi, un manque d'élan vital, un retrait social important, une anhédonie et une idéation suicidaire ;

2. un rapport du 13 avril 2000 de la Clinique La Métairie émis à la suite d'un nouveau séjour de l'assurée en son sein du 1<sup>er</sup> février au 29 mars 2000 ; avaient été retenus les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, de syndrome de dépendance au cannabis, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, de syndrome de dépendance aux sédatifs hypnotiques, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, d'épisode dépressif moyen et de personnalité dépendante ; vu la chronicité et la gravité de la dépendance, une suite de traitement était préconisée dans le but d'une réinsertion sociale et professionnelle, mais l'assurée avait refusé un tel suivi ;

3. un courrier adressé au CTB le 25 mars 2009, mentionnant que l'état de l'assurée était inquiétant ; depuis plusieurs mois, son état psychique s'était aggravé, avec une recrudescence de l'état anxieux, occasionnant une prise de médicaments et de cannabis et/ou d'alcool en hausse, en relation principalement avec une situation de chômage et de conflit de couple ;

4. un courrier du 30 avril 2009 du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indiquant avoir reçu l'assurée à sa consultation la veille ; sous abus médicamenteux ou d'alcool, elle avait été dysarthrique, logorrhéique et s'était à plusieurs reprises affalée sur son bureau.

5. Les 20 février et 21 novembre 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a suggéré à l'OAI de procéder à un bilan psychiatrique complet. Le comportement de l'assurée, sous l'effet de multiples substances, était inquiétant. Il faisait état d'agitation, d'angoisse, de confusion et de dépression.

6. Les rapports de travail de l'assurée ont pris fin début juillet 2011.

7. Le 13 octobre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'atteinte orthopédique était en voie de résolution, contrairement à la problématique psychiatrique, qui subsistait.

8. En date du 21 novembre 2011, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a suggéré la mise sur pied d'un examen psychiatrique afin de déterminer si l'assurée souffrait d'une affection justifiant une incapacité durable de travail.

9. Après avoir examiné l'assurée le 18 janvier 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du SMR, a rendu son rapport le 9 mars 2012. Il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement dus à la consommation de substances psychoactives multiples. Par moment, l'assurée était confuse, presque somnolente. Elle présentait des troubles de l'attention, de la

concentration et de la mémoire d'évocation, ainsi qu'une labilité émotionnelle et des ruminations, mais pas de symptomatologie anxieuse, type crise de panique, déclenchée au cours de l'entretien. Avant de se coucher, l'assurée avait pris un somnifère, deux somnifères, bu de l'alcool et fumé du cannabis. Au lever, elle avait pris de la méthadone, un anxiolytique, bu de l'alcool et fumé du cannabis. L'anamnèse psychiatrique obtenue malgré l'état de l'assurée permettait de retenir des traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Toutefois, il n'y avait jamais eu tentative de suicide, d'automutilation ou hospitalisation dans ce contexte. En outre, l'anamnèse professionnelle ne permettait pas de constater une répercussion sur la capacité de travail des traits de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. La consommation de substances psychoactives multiples devait être considérée comme primaire, d'après la description donnée par l'assurée. L'état de l'intéressée ne permettait pas d'effectuer un examen clinique dans les règles de l'art, de sorte que les questions concernant la capacité de travail ne pouvaient être résolues. L'examen psychiatrique ne permettait pas de conclure à un diagnostic ayant ou non une répercussion sur la capacité de travail. 11. Le 14 avril 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne du SMR, a estimé, notamment sur la base du rapport du Dr F\_\_\_\_\_, que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle et ce, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, date au-delà de laquelle les troubles orthopédiques n'avaient plus eu de répercussion. Quant à la toxicomanie, sa nature primaire excluait sa prise en charge par l'assurance-invalidité. 12. Le 15 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps. 13. Par courrier du 4 juillet 2012, l'assurée s'est opposée à ce projet. 14. Le 19 août 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_. Selon lui, ce dernier n'avait pas véritablement abordé les troubles psychiatriques provoqués par la consommation de produits toxiques. Il a rappelé que le diagnostic de personnalité borderline avait déjà été posé en 1988. 15. Par décision du 6 novembre 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2010 au 30 septembre 2011. Il a considéré que les troubles psychiatriques n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. 16. Saisie d'un recours de l'assurée le 5 novembre 2012, la Chambre de céans a statué le 13 février 2014 ( ATAS/194/2014 ). Admettant partiellement le recours, elle a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour la période allant au-delà du 30 septembre 2011. En substance, la Cour a considéré que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ était dénué de valeur probante et que l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ n'émanait pas d'un spécialiste. En l'absence de renseignements probants récoltés par l'OAI, une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en psychiatrie et en toxicomanie devait être mise en œuvre. 17. Dans un rapport du 23 novembre 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de personnalité type borderline avec trouble du comportement depuis 2000, d'état anxio-dépressif chronique depuis 1990, de traitement de substitution à la méthadone depuis 1999 et de dépendance au cannabis depuis 1980. L'assurée avait été hospitalisée en urgence aux HUG le 2 mars 2014 pour un sevrage à l'alcool, aux benzodiazépines et à la méthadone. Depuis lors, elle était totalement sevrée aux benzodiazépines et partiellement à l'alcool, avec une consommation régulière de cannabis et de méthadone. Désormais, elle était relativement calme, orientée et tenait des propos parfois confus, mais pas délirants. Le pronostic était réservé. Une prise en charge psychiatrique régulière était recommandée. L'incapacité de travail était de 100%. La reprise d'une activité professionnelle était rendue impossible par

les atteintes psychiatriques (troubles caractériels et état anxieux se manifestant par des difficultés à accomplir des tâches nouvelles, état d'agitation permanent - amélioré depuis le sevrage aux benzodiazépines et partiellement à l'alcool - et difficultés dans les relations avec autrui [anxiété et agressivité]). Le rendement était réduit par des difficultés de concentration, d'organisation, des troubles de la pensée et d'état anxieux. Une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée devait être déterminée par expertise. 18. Le 20 avril 2015, après plusieurs échanges de courriers, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique allait être réalisée par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 19. Celui-ci a rendu son rapport le 10 juillet 2015. L'expert a retenu les diagnostics d'intoxication aiguë à différentes substances psychotropes lors de l'examen, de syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples, utilisation continue, et de syndrome de dépendance à l'alcool, rémission partielle. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, évoluant également progressivement depuis le début de l'âge adulte. L'expertise se basait sur trois entretiens avec l'assurée, un entretien téléphonique avec le Dr B\_\_\_\_\_ et la lecture des dernières pièces médicales et du dossier fourni par l'OAI. L'expert a rappelé le contexte de l'expertise, résumé les faits pertinents ressortant du dossier, établi l'anamnèse de l'assurée, exposé ses plaintes et fait état de ses constatations objectives, avant de livrer son appréciation du cas. Il a expliqué que, lors des entretiens, l'assurée était dans un état de décompensation psychique trop avancé pour décrire clairement et avec cohérence ses plaintes et symptômes. Son comportement avait été inadéquat. Ses facultés cognitives n'étaient pas évaluables. Elle reconnaissait une certaine consommation de stupéfiants. Durant deux entretiens, elle avait présenté un foetor alcoolique important. L'assurée ne pouvant s'engager à cesser toute consommation de psychotropes durant une période d'au moins 10 jours, il s'était avéré impossible de réaliser un bilan neuropsychologique. L'assurée avait été suivie et hospitalisée à plusieurs reprises en raison de son trouble de la personnalité, mais elle avait pu travailler de façon plus ou moins régulière, en tout cas jusqu'en 2007, et, avec certains arrangements, jusqu'en janvier 2009. Le trouble de la personnalité borderline n'avait donc pas conduit à une incapacité de travail et n'expliquait pas à lui seul l'état actuel de l'assurée. La toxicodépendance s'était installée de façon concomitante au trouble de la personnalité borderline. Elle était donc directement liée à une pathologie psychiatrique et pouvait être considérée comme secondaire. L'état de l'assurée était principalement dû à une consommation de différentes substances, soit une surconsommation de benzodiazépines et de cannabis ainsi qu'une consommation de méthadone. La dépendance et cette consommation n'étaient ni contrôlées, ni traitées. La capacité de travail était nulle en raison de l'état d'intoxication chronique, depuis janvier 2009. Un sevrage des différentes substances auxquelles l'assurée était dépendante devait être organisé pour déterminer si l'activité habituelle était encore exigible, si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, si la capacité de travail pouvait être améliorée dans l'activité habituelle et si une activité adaptée était exigible. 20. Le 2 novembre 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a retenu que l'assurée ne s'astreignait pas aux soins nécessaires au rétablissement d'un état de santé compatible avec une évaluation objective de sa capacité de travail. Il était nécessaire et exigible d'elle qu'elle s'abstienne de toute consommation psychotrope durant au moins trois mois, avec des contrôles biologiques réguliers, afin de pouvoir évaluer son état de santé dans des conditions appropriées. 21. Le 20 janvier 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a réagi à

l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. Il a relevé que ce dernier avait accepté le diagnostic de personnalité dépendante de type borderline et le fait que l'abus de substance découlait de cet état. Le trouble de la personnalité borderline associé à l'abus de substances diverses découlant dudit trouble devait selon lui conduire à admettre une incapacité totale de travail.![endif]>![if> 22. Le 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique allait être confiée à la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'OAI a souligné qu'il était nécessaire que l'assurée s'abstienne de toute consommation psychotrope, afin de permettre à la Dresse J\_\_\_\_\_ de déterminer objectivement sa capacité de travail. Si elle ne se conformait pas à cette exigence, une décision de refus de prestations serait prise en l'état du dossier.![endif]>![if> 23. L'assurée ayant émis des doutes quant aux qualifications de l'experte pressentie, l'OAI a confirmé son choix par décision incidente le 31 janvier 2017.![endif]>![if> 24. L'experte a rendu son rapport le 30 janvier 2017. ![endif]>![if> Elle a retenu les diagnostics de troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, syndrome de dépendance, utilisation continue, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Elle a également mentionné, à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble anxieux, sans précision. L'expertise s'est fondée sur deux entretiens avec l'assurée, un entretien téléphonique avec l'assurée, un entretien téléphonique avec le Dr B\_\_\_\_\_ et le dossier fourni par l'OAI. La Dresse J\_\_\_\_\_ a rappelé le contexte de l'expertise, résumé le dossier médical, établi l'anamnèse de l'assurée et le déroulement de son quotidien, exposé ses plaintes, fait état de ses constatations objectives et des informations fournies par le Dr B\_\_\_\_\_, avant de livrer son appréciation du cas. Dans le chapitre « anamnèse professionnelle », l'experte a relevé que l'assurée avait été très confuse et qu'elle s'était contredite à moult reprises. L'experte avait cherché à reconstituer son histoire au mieux, en complétant ses déclarations avec les éléments figurant au dossier. Dans le chapitre « status psychiatrique », l'experte a relevé que l'assurée ne présentait aucun signe d'imprégnation de substances toxiques, étant précisé qu'elle avouait une consommation journalière d'alcool et de toxiques. Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline était retenu en raison d'une instabilité émotionnelle marquée, un trouble identitaire, une alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation de l'autre, un sentiment de vide, des colères intenses et inappropriées ou des difficultés à contrôler sa colère, et des comportements impulsifs à risque. Étant donné la quantité de toxiques consommés par l'assurée, il n'était pas possible de déterminer si elle remplissait les critères d'un trouble anxieux précis. Seul un arrêt de la consommation des substances permettrait de savoir si ce trouble avait un impact sur la capacité de travail. La consommation journalière de substances toxiques était très élevée, raison pour laquelle la Dresse J\_\_\_\_\_ avait renoncé à procéder à un bilan neuropsychologique. L'assurée éprouvait de grandes difficultés à entrer en lien, à respecter les limites (des autres) et à tenir compte de l'autre. Ces aspects appartenaient au trouble de la personnalité borderline et étaient très probablement aggravés par la consommation de substances, en raison de leur effet désinhibiteur. Il était difficile d'énoncer d'une manière fiable si l'arrêt total de la consommation des substances (sauf éventuellement la méthadone) accentuerait ou diminuerait les symptômes en lien avec le trouble de la personnalité. Une consommation d'autant de substances pendant aussi longtemps était neurotoxique et favorisait la survenue de symptômes dépressifs et anxieux. Il n'était actuellement pas possible de déterminer si la consommation de toxiques laisserait des séquelles (irréversibles). Comme cette

consommation se présentait de manière concomitante avec les autres troubles, en particulier le trouble de la personnalité borderline, une réussite de sevrage semblait peu probable. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 12 janvier 2009, en raison du degré de décompensation du trouble de la personnalité borderline et de la dangerosité de l'assurée pour elle-même et autrui en raison de son état d'intoxication permanent. 25. Le 29 mars 2017, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a reproché à l'experte de ne pas s'être positionnée quant aux conséquences des différentes atteintes, compte tenu de l'intoxication alcoolique actuelle. Elle avait confirmé le non-respect de l'abstention de prise de toxique et l'intrication importante des diagnostics du trouble de la personnalité et de la dépendance. Les précédents experts n'avaient jamais considéré le trouble de la personnalité comme suffisamment sévère pour être incapacitant. Ainsi, le Dr H\_\_\_\_\_ avait exclusivement attribué l'incapacité de travail à la dépendance à l'alcool. Au vu du rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, il fallait considérer que le trouble de la personnalité était étroitement intriqué avec la dépendance et qu'il ne pouvait être considéré comme incapacitant. Même si le trouble de la personnalité semblait actuellement sévère, seule la dépendance entraînait l'incapacité de travail. 26. Le 12 mai 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de ne pas lui reconnaître d'incapacité invalidante au-delà du 30 septembre 2011. 27. Les 29 mai et 29 juin 2017, l'assurée s'y est opposée. Elle a reproché au Dr K\_\_\_\_\_ de s'être écarté sans motif valable de l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ et d'avoir émis un avis difficilement compréhensible. Le caractère invalidant de ses troubles, reconnu par l'experte, devait conduire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 28. Par décision du 13 octobre 2017, l'OAI a refusé à l'assurée toute prestation au-delà du 30 septembre 2011. Selon lui, l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie, car elle ne s'était manifestement pas déroulée dans les règles de l'art : l'assurée ne s'était pas conformée à ce qui lui avait été demandé par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2016 et ne s'était pas abstenue de toute consommation de substances toxiques pendant trois mois. Dès lors, les éléments du dossier ne permettaient pas de conclure à la présence d'une atteinte à la santé invalidante. 29. Par acte du 14 novembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 septembre 2011, sous suite de dépens. Selon elle, la position de l'intimé est contradictoire dans la mesure où elle se fonde sur une expertise de 2015, dont il reconnaît qu'elle ne permet pas d'évaluer sa capacité de travail. L'intimé retient que l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ n'a pas été réalisée dans les règles de l'art. Pourtant, à aucun moment l'experte n'a indiqué que l'état de l'assurée ne lui a pas permis de réaliser son mandat, réserve qu'avait émise le Dr H\_\_\_\_\_. La Dresse J\_\_\_\_\_ a au contraire décrit l'intéressée comme étant éveillée, orientée, collaborante et calme lors des entretiens. Elle n'a pas non plus relevé de signe d'imprégnation de substances toxiques durant l'expertise. La recourante en tire la conclusion que l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'avis contraire du Dr K\_\_\_\_\_, dont elle souligne qu'il ne dispose d'aucun titre FMH et qu'il s'écarte des conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_ sans le moindre motif valable, ne saurait être retenu, d'autant que son raisonnement est difficilement compréhensible. Il retient que « le trouble de la personnalité est étroitement intriqué avec la dépendance et ne peut par conséquent être considéré comme incapacitant », alors qu'il convient précisément de tenir compte de l'interaction entre la dépendance et la comorbidité. Or, la Dresse J\_\_\_\_\_ a expliqué qu'en l'occurrence, cette comorbidité était sévère, qu'elle contribuait considérablement à la dépendance et qu'elle était invalidante en soi. L'affirmation du Dr

K\_\_\_\_\_ selon laquelle seule la dépendance justifie l'incapacité de travail se trouve donc démentie. 30. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 décembre 2017, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> L'intimé rappelle que, lors de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, l'état de la recourante n'a pas permis de déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il argue que, malgré l'injonction qui lui a été faite le 1<sup>er</sup> décembre 2016, la recourante a avoué une consommation journalière d'alcool et de toxiques lors de l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_, laquelle a dû renoncer à procéder à un examen neuropsychologique. Qui plus est, l'assurée a refusé de se soumettre à un test sérique. En outre, l'experte a relevé une grande confusion dans l'anamnèse, la recourante se contredisant à plusieurs reprises ; elle s'était montrée dispersée et pratiquement incapable de répondre de manière informative et claire aux questions, ce qui démontrait que le sevrage demandé pour la réalisation de l'expertise n'avait pas été respecté. L'intimé en tire la conclusion que l'état de l'assurée ne permettait pas d'obtenir des résultats d'expertise fiables. Il ajoute que la Dresse J\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur la nature primaire ou secondaire de la dépendance. Elle n'a apporté que peu d'informations utiles sur le degré de gravité du trouble de la personnalité borderline et l'importance que ce dernier aurait joué dans le développement et la fixation de l'addiction. Les circonstances ne laissent d'ailleurs pas supposer que ce trouble est suffisamment sévère pour être assimilé à une atteinte invalidante. En effet, l'anamnèse ne fait pas état de difficultés psychologiques particulières rencontrées par l'assurée sur le plan social et professionnel avant l'installation de la dépendance. De plus, les précédents experts n'ont pas trouvé de trouble de la personnalité suffisamment sévère pour être incapacitant. Les éléments anamnestiques ne sont pas suffisants pour affirmer que la dépendance de l'assurée est concomitante, voire consécutive à son trouble de la personnalité borderline. L'intimé conclut dès lors à ce qu'aucune valeur probante ne soit reconnue à l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_. Selon lui, on ne peut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante souffre d'une atteinte psychique susceptible d'entraîner une invalidité. L'incapacité de travail est causée par la seule dépendance. 31. Dans sa réplique du 22 janvier 2018, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions et son argumentation. ![endif]>![if> Pour le surplus, elle conteste l'appréciation de l'intimé, dont elle estime qu'elle résulte d'une lecture erronée de l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_. Selon elle, rien ne permet de retenir que son état de santé au moment de l'expertise n'était pas compatible avec son bon déroulement, au contraire. Quant à la cause de l'incapacité de travail, l'experte a retenu que le trouble de la personnalité borderline était au premier plan. Elle a donc bien procédé à un examen de la situation dans sa globalité, en tenant compte des causes et conséquences de la dépendance, de l'interaction entre celle-ci et la comorbidité psychiatrique et sur la gravité de cette dernière. 32. Dans sa duplique du 9 février 2018, l'intimé a également persisté dans ses conclusions, insistant encore sur le fait que la recourante ne s'est pas présentée à l'expertise dans un état compatible avec sa bonne tenue et que la Dresse J\_\_\_\_\_ ne s'est pas positionnée sur les conséquences des différentes atteintes.![endif]>![if> 33. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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.!

3. 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).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Au vu du contenu des écritures de la recourante, ses conclusions à la reconnaissance de son droit aux prestations seront interprétées comme condamnatoires. Elles sont partant recevables, contrairement à des conclusions purement constatatoires, subsidiaires par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

6. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 30 septembre 2011.

7. D'après la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publié I 520/05 du 28 décembre 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATF non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1).

8. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

9. 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.

10. 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). 8. 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 LPG. 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 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; 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. 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). 9. 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). 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3). 10. 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 11. 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). 12. a) En l'espèce, l'intimé considère que la recourante ne présente aucune atteinte psychique invalidante, de sorte que son droit à une rente entière ne s'étend pas au-delà du 30 septembre 2011. Il fonde sa décision sur l'avis du

Dr K\_\_\_\_\_ du 29 mars 2017, lequel s'appuie sur les conclusions des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.> La recourante soutient quant à elle que sa capacité de travail est nulle en raison de ses troubles psychiques. Elle fonde principalement sa position sur l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_. b) S'agissant de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, l'expert a lui-même indiqué que l'état d'intoxication de la recourante lors de ses examens ne lui avait pas permis de déterminer si l'activité habituelle était encore exigible, si des mesures de réadaptations étaient envisageables, si la capacité de travail pouvait être améliorée dans l'activité habituelle et si une activité adaptée était exigible. En l'absence de réponses à ces questions, aucune valeur probante ne peut être attribuée à cette expertise. Le 2 novembre 2015, le SMR a d'ailleurs lui-même admis que ladite expertise ne lui permettait pas de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, question pourtant centrale dans la détermination du droit à la rente de la recourante. C'est ce qui l'a conduit à confier une seconde expertise à la Dresse J\_\_\_\_\_. Cela étant, la qualité du travail du Dr H\_\_\_\_\_ ne saurait être remise en question, ce dernier n'a simplement pas été en mesure de réaliser son expertise dans de bonnes conditions. c) Le 29 mars 2017, le Dr K\_\_\_\_\_ s'est écarté des conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_ au motif, notamment, que les précédents experts n'avaient jamais considéré le trouble de la personnalité de la recourante comme suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail. Le Dr K\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi dans la mesure où les précédents experts auxquels il fait référence sont les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, dont la valeur probante des rapports a été niée par la Chambre de céans (cf. arrêt du 13 février 2014 [ ATAS/194/2014 ] consid. 11c et supra). En outre, la pauvreté de la motivation du Dr K\_\_\_\_\_ est à relever, de même que le caractère peu convaincant de ses conclusions : le Dr K\_\_\_\_\_ admet la sévérité du trouble de la personnalité de la recourante, tout en affirmant que son incapacité de travail est uniquement due à sa dépendance, sans plus d'explications. On relèvera encore qu'à la lumière de la jurisprudence en matière de dépendance, le fait que le trouble de la personnalité et la dépendance soient étroitement intriqués ne permet pas de retenir de facto que le trouble de la personnalité n'est pas invalidant. Compte tenu de ces éléments, l'avis émis le 29 mars 2017 par le Dr K\_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître la moindre valeur. d) L'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_, elle, se fonde sur une étude du dossier, un examen clinique de la recourante, une conversation téléphonique avec cette dernière, ainsi qu'une conversation téléphonique avec le Dr B\_\_\_\_\_. L'experte a rappelé le contexte de l'expertise, résumé le dossier médical, établi l'anamnèse de la recourante et le déroulement de son quotidien, exposé ses plaintes, fait état de ses constatations objectives et des informations fournies par le médecin traitant, avant de poser ses diagnostics et de livrer son appréciation du cas. Les diagnostics retenus sont clairs et particulièrement bien motivés, sur la base de l'examen clinique et de l'anamnèse de la recourante. Ils sont en outre concordants avec ceux retenus par le Dr B\_\_\_\_\_ et, dans une certaine mesure, avec ceux du Dr H\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles qu'ils impliquent et leurs conséquences sur la capacité de travail sont motivées de manière détaillée, complète et convaincante. Dans le cadre de la discussion du cas, l'experte a pris soin d'étayer son argumentation, en particulier en ce qui concerne les conséquences du trouble de la personnalité borderline et de la dépendance sur la capacité de travail. Certes, la Dresse J\_\_\_\_\_ a-t-elle relevé que la recourante lui avait avoué une consommation journalière d'alcool et de toxiques. Lors de l'établissement de l'anamnèse professionnelle, l'intéressée s'est montrée confuse et s'est contredite à de nombreuses reprises. L'experte a également renoncé à procéder à un bilan neuropsychologique, en raison des quantités de substances toxiques consommées quotidiennement. Cela étant,

contrairement au Dr H\_\_\_\_\_, la Dresse J\_\_\_\_\_ n'a relevé aucun signe d'imprégnation de substances toxiques, ni indiqué que l'état ou le comportement de la recourante l'avait empêchée de mener à bien sa mission d'expertise. De plus, grâce aux éléments figurant au dossier, l'experte a été en mesure de palier à la confusion et aux contradictions de la recourante lors de l'établissement de l'anamnèse. Il ressort également des explications de l'experte que le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline est à l'origine de la dépendance et non l'inverse, ce que le Dr H\_\_\_\_\_ avait également admis. Il apparaît que la recourante est entrée dans une sorte de cercle vicieux, son trouble de la personnalité l'entraînant dans la dépendance à plusieurs substances toxiques, ladite dépendance aggravant son état psychique, notamment son trouble de la personnalité, et réduisant très fortement ses chances de sevrage. On ajoutera encore que le fait que la quantité de toxiques consommés par la recourante ait empêché l'experte de déterminer si le trouble anxieux a une incidence sur la capacité de travail est sans incidence sur l'issue du litige, le trouble de la personnalité et la dépendance entraînant à eux seuls une incapacité totale de travail dans toute activité. e) Compte tenu de ce qui précède, la Chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, la capacité de travail de la recourante doit donc être considérée comme nulle dans toute activité depuis le 12 janvier 2009, de sorte que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité s'étend au-delà du 30 septembre 2011. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 13 octobre 2017 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- 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]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.