

GE_GERICHTE A/4812/2007 vom 27. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4812_2007

FR: GE_GERICHTE A/4812/2007 du 27 août 2008

IT: GE_GERICHTE A/4812/2007 del 27 agosto 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.08.2008
A/4812/2007

A/4812/2007 ATAS/942/2008 du 27.08.2008 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4812/2007
ATAS/942/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 27 août 2008 En la cause Madame V _____, domiciliée à GENEVE,
représentée par FORUM SANTE, Mme Christine BULLIARD recourante contre OFFICE
CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN
FAIT Madame V _____, mariée, de nationalité polonaise, est arrivée en Suisse avec
sa famille à l'âge de 15-16 ans. Elle a effectué ses écoles primaires ainsi que le lycée
scientifique de 1972 à 1981 en Pologne, puis a fréquenté l'École supérieure de commerce à
Sion en Suisse où elle a obtenu une maturité, option philosophie et lettres. L'intéressée a
obtenu une demi-licence en slavistique à l'Université de Fribourg, mais n'a pas pu terminer
ses études universitaires. Sur le plan professionnel, l'intéressée a travaillé à 50% chez
X _____ du 26 mars 2002 au 25 mars 2003, dans le cadre d'un contrat d'emploi
temporaire accordé par l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après OCE).
Polytoxicomane, l'intéressée a effectué plusieurs tentatives de substitution, dont l'une a été
interrompue en 2004 en raison d'une décompensation psychiatrique sévère due à un
traitement contre l'hépatite C. Le 12 janvier 2005, le Dr A _____, spécialiste FMH en
médecine interne, médecin traitant, a attesté que l'incapacité de travail de sa patiente a
commencé à 50 % le 4 mars 2002 et s'est poursuivie à long terme. Dès février 2004, à la
suite d'un traitement combiné d'interféron et de ribavirine pour une hépatite C active,
l'incapacité de travail est devenue totale en raison d'une très lourde décompensation
psychique. La patiente était incapable de se prendre en charge et en particulier d'effectuer
les démarches administratives même les plus élémentaires depuis septembre 2004, car elle
ne sortait plus de chez elle, prostrée et totalement repliée sur elle-même. La situation
actuelle est un peu plus satisfaisante, avec un début de mobilisation possible, mais on se
trouve encore loin d'une capacité de travail exploitable économiquement parlant. Par
décision du 31 janvier 2005, l'OCE a prononcé une inaptitude au placement de l'intéressée
dès le 1 er octobre 2004. Le 9 février 2005, l'intéressée a déposé une demande de
prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ
(ci-après OCAI), visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession.
L'intéressée a indiqué souffrir de dépression depuis l'enfance, de toxicomanie depuis l'exil
ainsi que d'hépatites. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 11 juillet 2005, le
Dr A _____ a diagnostiqué une polytoxicomanie depuis plus de vingt ans, une
hépatite C à une date de survenance inconnue, ainsi qu'un état dépressif chronique dans un
contexte de maltraitance de l'enfance et l'adolescence. Le médecin a précisé que sa patiente
suivait un traitement de substitution à la Méthadone ainsi qu'un traitement d'Antabuse

depuis trois ans avec stabilisation de l'humeur et qu'un traitement de l'hépatite C a été un échec en raison d'une décompensation psychiatrique sévère il y a un an environ. La patiente souffre de fatigue, de perte de l'élan, de troubles de la concentration, d'une inhibition sociale majeure, d'un repli et d'une incapacité à se mobiliser. Le pronostic est réservé, surtout à cause de l'aspect inhibition et repli. Le médecin a indiqué que la patiente n'avait exercé aucune activité régulière depuis de nombreuses années. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr A_____ a indiqué que la maltraitance dans l'enfance a joué un rôle très vraisemblable dans les troubles psychiques présentés par la patiente et que ces affections entraînent une incapacité de travail de 100%. Dans son rapport intermédiaire du 20 février 2006, le Dr A_____ indique que l'état de santé de la patiente est resté stationnaire, qu'il n'y a aucune amélioration en dehors de l'abandon de l'alcool depuis environ deux ans, que l'assurée suit un traitement de substitution à la Méthadone et prend des antidépresseurs. Il a précisé que le début du traitement de l'hépatite C datait du 27 février 2004 et que le traitement avait dû être arrêté le 15 juin 2004, en raison de problèmes psychiques. Il a indiqué que la patiente n'avait eu aucun suivi par un psychiatre, que lui-même en tant que médecin de premier recours assurait un suivi psychologique et qu'il tentait difficilement d'arriver à un suivi hebdomadaire. L'état de la patiente est fluctuant avec des périodes adynamiques complètes, entrecoupées de quelques périodes plus positives mais rares, ne permettant pas d'imaginer un quelconque engagement par un employeur. Il a indiqué que de 2002 à 2004, la patiente a connu des périodes de chômage à temps partiel et a pu accomplir des activités temporaires de vente chez X_____ dans un contexte hyper tolérant. Il paraît cependant impossible qu'elle ait une activité professionnelle suivie, quelle qu'elle soit. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique, qu'il a confiée à la Dresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 11 juin 2007, la Dresse B_____ expose que l'assurée a été examinée les 26 février et 13 mars 2007, qu'un examen psychologique a été effectué par Monsieur W_____, psychologue FSP, et qu'elle a eu un entretien téléphonique avec le Dr A_____, médecin-traitant de l'expertisée. Elle a diagnostiqué un syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples en rémission partielle, avec actuellement un traitement de substitution, F 19.201, F 19.22, présente depuis environ 1981 et un déficit cognitif persistant F 19.75 - trouble dont il n'est pas possible de dater l'apparition -, affections qui entraînent des répercussions sur la capacité de travail. En revanche, le syndrome de dépendance à l'alcool, en rémission complète F 10.202, depuis environ 1981, ainsi que l'hépatite C sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'anamnèse révèle que l'assurée est née en Silésie, qu'elle avait une sœur jumelle décédée d'une overdose il y a environ 10 ans et qu'elle était souvent battue par sa mère. Lors de son arrivée en Suisse, à l'adolescence, l'expertisée a connu de grosses difficultés d'intégration. Elle a commencé à consommer de l'alcool très jeune, déjà en Pologne, et à fumer des joints, moyen qu'elle avait trouvé pour s'intégrer et se faire accepter par ses amis. Elle continue à consommer ponctuellement de la drogue, dans des moments d'angoisse. Depuis deux ans, elle ne consomme plus du tout d'alcool grâce à un traitement d'Antabuse. Elle se plaint d'une fatigue physique et psychique importante, de ne pas arriver à respecter les horaires et les engagements. Au status clinique, il n'y a pas d'éléments de la lignée psychotique, la concentration est sans particularité et la thymie observée est neutre, avec encore des moments de tristesse, l'assurée rapportant toutefois qu'avant le traitement antidépresseur, elle était constamment triste. En revanche, il est noté une hypersomnie, une augmentation

de l'appétit avec prise pondérale de 20 kg depuis 2000, la mémoire est diminuée. Elle peut éprouver du plaisir à lire ou à se balader, même si elle a énormément de peine à se motiver pour aller marcher, elle se dit angoissée par toutes les démarches administratives qu'elle laisse à son mari. Elle n'a pas envie de voir les gens ; se coiffer, se maquiller sont des gestes actuellement difficiles à réaliser. Dans l'appréciation du cas, la Dresse B _____ indique que le traitement antidépresseur semble avoir une bonne efficacité sur la symptomatologie concernée puisqu'à ce jour, on ne peut poser le diagnostic d'épisode dépressif, même léger. Par contre, il persiste des troubles importants de mémoire et de concentration, qui semblent être d'origine organique. Le pronostic est sombre, tant quant à un sevrage définitif de toxiques que quant à la reprise d'une activité professionnelle. Il n'y a pas de capacité de travail résiduelle, la diminution de rendement est totale. Du point de vue médical, il y a une incapacité de travail de 20 % au moins depuis mars 2002, qui s'est depuis lors péjorée. Les troubles présentés rendent l'assurée incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle et ne permettent pas d'envisager une formation, elle est incapable de s'adapter à un environnement professionnel. En annexe à l'expertise figure le rapport d'examen neuropsychologique effectué par Monsieur W _____, qui conclut que les capacités mnésiques, en particulier en modalité verbale, sont déficitaires et que les épreuves sensibles aux acquisitions scolaires et aux capacités de raisonnement présentent une faiblesse. A son avis, ces dernières observations s'expliquent par la consommation prolongée de toxiques et par la symptomatologie actuelle et il est vraisemblable que ce tableau interfère avec l'apprentissage de nouvelles connaissances et limite les possibilités d'adaptation sociale et professionnelle de l'assurée. Dans un rapport du 21 septembre 2007, le Dr C _____, médecin-conseil du SMR Suisse-romande, considère que le déficit cognitif persistant est à imputer à une persistance des conduites addictives, susceptible de s'amender complètement en cas d'abstinence. Par contre, à partir du troisième mois de traitement à l'interféron, dès le 27 mars 2004, on peut admettre la survenance d'un épisode dépressif, dont la résolution n'a pas été signalée. Son expérience en la matière lui fait admettre qu'avec un traitement bien conduit sur le plan pharmacologique, l'évolution d'un trouble dépressif léger à moyen est défavorable après six à huit semaines et l'on peut donc considérer sur ces bases que la thymie aurait dû redevenir normale au début juin. Sur le plan somatique, l'hépatite n'est pas invalidante, d'autant que le traitement partiel appliqué est considéré comme un succès relatif. S'agissant des capacités mnésiques déficitaires et une faiblesse aux capacités de raisonnement, ces dernières observations s'expliquent par la consommation prolongées de toxiques et par la symptomatologie dépressive actuelle. Pour le médecin du SMR, l'expertise psychiatrique a démontré qu'il n'existait pas de symptomatologie dépressive d'une part, et que les troubles cognitifs sont bien considérés par le neuropsychologue comme appartenant à la toxicomanie d'autre part. En conséquence, l'assurée est supposée retrouver toutes ses capacités intellectuelles après un sevrage, étant donné l'absence d'une pathologie psychiatrique avérée. Le 28 septembre 2007, l'OCAI a notifié à l'intéressée un projet de décision de refus de prestations d'invalidité, auquel l'intéressée s'est opposée. Par décision du 13 novembre 2007, l'OCAI a notifié à l'assurée une décision de refus de prestations d'invalidité, au motif qu'aucun des diagnostics retenus n'est à l'origine ni n'est la conséquence de sa dépendance à des substances psychoactives, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à une instruction médicale complémentaire. Force dès lors est de constater que son incapacité de gain est due avant tout à la toxicodépendance et qu'il n'y a pas une invalidité au sens de la loi. Représentée par FORUM SANTE, l'assurée interjette recours en date du 6 décembre 2007. Elle se réfère au rapport de son

médecin traitant, le Dr A _____, qui atteste d'une incapacité de travail totale dès septembre 2004 en raison d'une très lourde décompensation psychique, dont les effets se font encore ressentir aujourd'hui, que l'état dépressif chronique est survenu dans un contexte de maltraitance dans l'enfance et l'adolescence, que son état de santé ne présente aucune amélioration en dehors de l'abandon de l'alcool depuis environ deux ans et que vers la fin du traitement contre l'hépatite C sont apparus un repli important avec refus de sortir, idées noires et inhibition importantes. Elle s'étonne que l'OCAI se soit écarté du rapport d'expertise de la Dresse B _____ du 11 juin 2007 ainsi que du rapport neuropsychologique. Elle relève que l'approche et les conclusions du Dr A _____ sont corroborées par l'experte psychiatre mandatée par l'OCAI, qui a attesté que les troubles qu'elle présente l'empêchent d'exercer une activité professionnelle. Elle soutient que la position de l'OCAI n'est pas fondée. Elle conclut à l'annulation de la décision et à ce qu'un degré d'invalidité de 100% lui soit reconnu. Dans sa réponse du 21 janvier 2008, l'OCAI relève que le neuropsychologue a précisé que les troubles cognitifs s'expliquaient par la consommation prolongée de substances toxiques. Pour le surplus, le SMR a relevé l'absence de symptomatologie dépressive, permettant de considérer le diagnostic établi par l'expert comme invalidant, et estimé que l'assurée est supposée retrouver toutes ses capacités intellectuelles après un sevrage, étant donné l'absence d'une pathologie psychiatrique avérée. Selon le SMR, les troubles attentionnels sont sujets à rémission en cas d'abstinence, de sorte qu'ils ne sont pas non plus invalidants. Quant à l'hépatite C diagnostiquée par le Dr A _____, elle n'est pas invalidante, ce d'autant que le traitement partiel appliqué est considéré comme un succès relatif. L'OCAI conclut au rejet du recours. Le Tribunal a ouvert les enquêtes et procédé à l'audition de la Dresse B _____ en date du 12 mars 2008. L'expert a déclaré que l'assurée a un fonctionnement actuel très limité, elle s'occupe d'elle à la maison, d'une façon peu performante. Elle est très ralentie, a de la peine à s'organiser et lorsqu'elle doit se rendre à un rendez-vous, comme par exemple venir à son cabinet pour l'expertise, elle tient à être présentable et se maquille, ce qui peut lui prendre des heures, tellement c'est compliqué pour elle. Elle ne peut pas sortir seule, elle est toujours venue accompagnée par son mari. Malgré le traitement de substitution, l'assurée consomme encore des toxiques, consommations liées à l'état anxieux. Dès que l'assurée est en présence d'une situation qui sort de l'ordinaire, par exemple lorsqu'elle doit sortir de chez elle ou aller à un rendez-vous, elle est soumise à un stress qui la déstabilise, ce qui l'amène à recourir à l'utilisation de produits toxiques. L'experte a déclaré qu'il lui était difficile de dire si la polytoxicomanie est à mettre en lien avec l'histoire personnelle et plus particulièrement la maltraitance subie par l'assurée dans son enfance. L'assurée a décrit plutôt la consommation de toxiques comme en lien avec l'ambiance de l'époque, les copains, bien qu'elle ait aussi déclaré qu'à son arrivée en Suisse, elle avait connu des difficultés d'intégration, un sentiment de malaise, ce qui l'avait amenée à consommer des produits toxiques pour tenter de s'intégrer au groupe. La Dresse B _____ pense que la polytoxicomanie de l'assurée est due à des raisons d'intégration sociale. Sous traitement d'antidépresseur et consommation de produits toxiques, l'état dépressif et anxieux est compensé, pour autant que l'assurée reste chez elle. Le déficit cognitif persistant a été objectivé par l'examen neuropsychologique; au niveau de la mémoire notamment, les déficits sont assez importants. A son avis, les troubles mnésiques ne constituent pas un symptôme de l'état dépressif, qu'elle n'a d'ailleurs pas objectivé. Selon l'expert, l'incapacité de travail de l'assurée est totale, liée aux troubles cognitifs d'une part, ainsi qu'aux troubles psychiques. Les troubles cognitifs sont dus

probablement à une atteinte organique, qu'il est difficile de dater. L'assurée présente de gros troubles mnésiques, des troubles de la mémoire, des dates, elle est incapable de s'adapter à une situation professionnelle ainsi qu'à une quelconque activité. Elle ne peut pas fonctionner normalement et rencontre d'énormes difficultés, ne serait-ce que pour arriver sur le lieu de travail. C'est pour elle un stress important ; à titre d'exemple, lorsqu'elle avait travaillé chez X _____ dans une activité peu exigeante, elle avait recouru à l'héroïne pour essayer d'être à la hauteur. L'expert a déclaré qu'elle ne pensait pas que l'assurée ait les ressources psychiques suffisantes pour modifier complètement son organisation de vie; elle est sous traitement d'Antabuse, ce qui ne l'empêche pas de parfois consommer de l'alcool. Selon l'expert, même si l'assurée s'abstenait de toute consommation de produits toxiques, elle ne récupérerait pas toutes ses facultés cognitives. Elle a expliqué que les moyens thérapeutiques à disposition pour tenter d'arrêter les produits toxiques sont très limités, car malheureusement, l'utilisation de tels produits a un effet calmant pour ces personnes, notamment du point de vue de l'anxiété. D'autre part, même si l'assurée voulait arrêter la consommation de produits toxiques, elle n'y parviendrait pas. Pour l'expert et le neuropsychologue, il y a vraisemblablement un dysfonctionnement organique chez l'assurée. Selon la Dresse B _____, même si l'on cessait complètement d'administrer un quelconque traitement à l'assurée et qu'elle resterait sans consommer de produits toxiques, les examens seraient certes peut-être un peu différents, mais il persisterait toutefois un déficit cognitif conséquent. Une telle hypothèse est cependant inimaginable, car il faudrait faire un sevrage de substitution pendant des mois et si le traitement antidépresseur était interrompu, l'assurée décompenserait de nouveau et les tests seraient à nouveau modifiés, mais pour une autre raison. Elle a indiqué pour le surplus que l'assurée a pu fonctionner de façon correcte jusqu'à un certain moment, ce qui l'amène à conclure que les troubles cognitifs ne remontent pas à l'adolescence, mais qu'ils sont survenus par la suite. Dans ses conclusions après enquêtes du 18 avril 2008, l'OCAI relève avoir soumis le procès-verbal d'enquêtes au SMR, lequel s'est déclaré surpris qu'il n'y ait pas eu de question concernant l'étiologie primaire ou secondaire de la toxicomanie, comme défini par la jurisprudence, ni de question sur la possibilité et les conséquences d'un éventuel arrêt total de toxiques. Au vu des conclusions du SMR, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, tendant au rejet du recours. Dans ses écritures du 29 avril 2008, la recourante souligne que les remarques du SMR quant aux questions posées sont surprenantes, dès lors que l'intimé était présent lors de l'audition du témoin. Pour le surplus, elle se réfère à l'expertise et aux explications données en audience par la Dresse B _____, dont il résulte que l'incapacité de travail est due aux troubles cognitifs causés probablement par une atteinte organique, objectivée par l'examen neuropsychologique, qu'elle est incapable de fonctionner normalement et de s'adapter à une situation professionnelle, ainsi qu'à une quelconque activité. L'expert a aussi clairement indiqué que même si elle s'abstenait de toute consommation de produits toxiques, elle ne récupérerait pas. Les troubles sont ainsi irréversibles et un sevrage complet ne serait pas raisonnablement exigible. Pour le surplus, la recourante relève que la Dresse D _____, du SMR, n'est pas psychiatre et qu'elle ne dispose d'aucune formation FMH. En ce sens, sa pratique clinique de même que son niveau de formation sont clairement inférieurs à ceux de l'experte entendue par le Tribunal, si bien qu'en l'espèce, son avis ne saurait se voir reconnaître une valeur équivalente à celui de l'expert psychiatre. Cette écriture a été communiquée à l'intimé en date du 5 mai 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances

sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux est régi par l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, et par les nouvelles dispositions introduites par la LPGA, pour la période postérieure. La question ne revêt toutefois pas une grande importance car 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 (ATF 130 V 343 consid. 3). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit

à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance 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 maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268, 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a). 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 (cf. ATF du 15 avril 2008 9C_395/2007 ; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. 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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêt I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'espèce, il résulte de l'expertise réalisée à la demande de l'intimé par la Dresse B_____ que la recourante présente depuis 1981 un syndrome de dépendance aux substances psycho-actives multiples, en rémission partielle, sous traitement de substitution (F19.201 et F19.22) ainsi qu'un déficit cognitif persistant F19.75, dont l'apparition est impossible à dater, et que ces troubles entraînent une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit. Selon le SMR, le syndrome de dépendance n'est pas invalidant, dès lors qu'il est en rémission partielle avec un traitement de substitution. Quant au déficit cognitif, il est à imputer à une persistance des conduites addictives et susceptible de s'amender complètement en cas d'abstinence. L'intimé considère en conséquence qu'aucun de ces diagnostics n'est à l'origine ou constitue une conséquence de la dépendance à des substances psycho-actives. L'incapacité de gain de la recourante est due avant tout à la toxico-dépendance, de sorte qu'il n'y a pas d'invalidité au sens de la loi. Le Tribunal de céans relève en premier lieu que contrairement à ce que soutient le SMR, l'expert psychiatre a clairement affirmé que même en cas d'arrêt de consommation de produits toxiques, il persisterait un déficit cognitif conséquent et la recourante ne récupérerait pas toutes ses facultés cognitives. Elle a ajouté qu'une telle hypothèse est cependant inimaginable, car il faudrait faire un sevrage de substitution pendant des mois et elle ne pensait pas que la recourante y parviendrait, car l'utilisation de produits toxiques a un effet calmant sur son anxiété. D'autre part, si le traitement antidépresseur était

interrompu, la recourante décompenserait de nouveau. Enfin, de son point de vue et contrairement à l'argument avancé par le psychologue, les troubles mnésiques ne constituent pas un symptôme de l'état dépressif. S'agissant des causes de la toxicomanie, elles ne sont pas claires. En effet, l'anamnèse évoque une maltraitance dans l'enfance ainsi que de grosses difficultés d'intégration à l'arrivée en Suisse à l'adolescence, mais dans la discussion du cas, l'expert ne précise rien quant à un éventuel lien. Lors de l'audience, la Dresse B_____ a déclaré qu'il était difficile de dire si la polytoxicomanie de l'assurée est à mettre en lien avec son histoire personnelle et plus particulièrement la maltraitance et qu'elle pensait qu'elle a été due aux difficultés d'intégration sociale. Par ailleurs, il est fait cas dans l'anamnèse de trouble anxieux; l'expert n'a cependant pas retenu ce diagnostic, expliquant qu'il n'est pas constant. Or, elle mentionne aussi que la recourante prend des produits toxiques pour précisément agir sur son état anxieux, lors de stress, et que cet état anxieux est compensé si la recourante reste chez elle. Il est noté que la recourante présente de grandes difficultés à se mobiliser, qu'elle ne peut pas sortir de chez elle sans être accompagnée par son mari, comme cela été le cas pour la consultation dans le cadre de l'expertise, et qu'elle est incapable de fonctionner normalement. Elle est ralentie et a des difficultés à accomplir des actes simples de la vie quotidienne, comme se coiffer et se maquiller. L'on ignore cependant quels sont les motifs de ce repli, à savoir s'il est dû à l'anxiété, la conduite addictive ou aux troubles mnésiques. Enfin, dans l'appréciation du cas, l'expert indique qu'il persiste des troubles importants de mémoire et de concentration, alors qu'au status clinique elle mentionne que la concentration est sans particularité et que la recourante lit énormément sans rencontrer de difficultés. Le Tribunal de céans constate que l'expert ne s'est pas prononcée sur le point de savoir quelle est l'importance des troubles mnésiques sur la capacité de travail d'une part, et celle due à la dépendance d'autre part. Elle ne s'est pas non plus déterminée sur la question de savoir si le traitement de l'hépatite C a pu effectivement décompenser l'état psychique, et, le cas échéant, dans quelle mesure et durant quelle période. L'expertise, qui comporte des lacunes et certaines contradictions, n'est ainsi pas suffisamment probante pour tirer des conclusions définitives dans le cas d'espèce. Au vu de ce qui précède, une instruction complémentaire s'impose. En conséquence, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en oeuvre une nouvelle expertise psychiatrique et rende une nouvelle décision. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA). Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision de l'OCAI du 13 novembre 2007. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il mette en oeuvre une nouvelle expertise psychiatrique dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision. Condamne l'OCAI à payer à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF.

Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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