

## **GE\_GERICHTE A/78/2009 vom 5. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_78\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_78_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/78/2009 du 5 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE A/78/2009 del 5 novembre 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.11.2009  
A/78/2009

A/78/2009 ATAS/1426/2009 du 19.11.2009 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/78/2009  
ATAS/1426/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 3 du 5 novembre 2009 En la cause Madame W \_\_\_\_\_,  
domiciliée à PERLY recourante contre OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE intimé EN FAIT Le 20  
janvier 2008, Madame W \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, a  
déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité  
(OCAI) en invoquant une totale incapacité de travail due à une dépression et à une hépatite  
présentes depuis 2005. Le 19 février 2008, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a informé  
l'OCAI que l'assurée était inscrite au chômage depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1998 et recherchait une  
activité de vendeuse; elle avait bénéficié de prestations de l'assurance-chômage dès le 5  
mars 2002. L'OCE a également transmis à l'OCAI un certificat du Dr A \_\_\_\_\_,  
généraliste FMH, attestant d'une totale incapacité de travail à compter du 15 novembre  
2004 et pour une durée indéterminée suite à un accident de l'assurée. Interrogé par l'OCAI,  
le Dr A \_\_\_\_\_ lui a adressé un rapport en date du 4 mars 2008. Il y retient les  
diagnostics d'état dépressivo-anxieux – apparu au début de l'année 2005 –, de dépendance à  
l'alcool avec abstinence depuis juillet 2007, de cirrhose hépatique survenue en juillet 2007,  
de stéato-hépatite et de paresthésie des membres inférieurs depuis 2006. Le médecin a émis  
l'avis que l'activité exercée précédemment par l'assurée était encore exigible de cette  
dernière mais que son rendement serait réduit de 50%. Le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé que  
l'état de l'assurée pourrait s'améliorer en cas d'abstinence et grâce à un suivi thérapeutique  
rigoureux, ce qui permettrait d'essayer de reprendre une activité à 50%. Selon lui, compte  
tenu des limitations fonctionnelles présentes depuis l'été 2007, l'assurée devait éviter les  
activités s'exerçant uniquement en position debout, la marche, le maintien des bras  
au-dessus de la tête, les accroupissements ou agenouillements, les montées d'échelles ou  
d'échafaudages, ainsi que le port de charges supérieures à cinq kilos. Le médecin a ajouté  
que la capacité de concentration de l'assurée et sa résistance étaient limitées en raison de  
son état dépressif et de son asthénie (sevrage d'alcool, hépatite et dépression). Du 28 mars  
au 7 avril 2008, l'assurée a séjourné au Département de psychiatrie des Hôpitaux  
universitaires de Genève (ci-après : HUG). A l'issue de son hospitalisation, le Dr  
B \_\_\_\_\_, chef de clinique, a retenu à titre principal le diagnostic de troubles mentaux  
et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - intoxication aiguë (F10.0). Il y a ajouté  
celui de troubles mentaux et du comportement sur alcool - syndrome de dépendance avec  
utilisation épisodique (dipsomanie; F10.26). Le médecin a précisé qu'il s'agissait de la  
première hospitalisation en entrée non volontaire pour risque auto-agressif, qu'après une

abstinence débutée en juillet 2007, la patiente avait rechuté deux semaines avant son hospitalisation suite à l'expulsion de son deuxième ex-mari et qu'elle avait été admise à deux reprises aux HUG les 20 et 27 mars 2008 dans un contexte d'alcoolisation massive. Elle avait manifesté des idéations suicidaires, raison pour laquelle il avait été décidé de la garder hospitalisée en entrée non volontaire. À son arrivée à l'hôpital, la patiente était anxieuse et présentait des troubles de l'attention et de la concentration, de légers troubles mnésiques et une thymie triste. L'équipe du service d'alcoologie lui avait proposé un séjour dans une unité spécialisée, qu'elle avait refusé. A la sortie de la patiente, son attention et sa concentration étaient sans particularités et elle ne montrait ni troubles thymiques, ni idées suicidaires. Son discours ne comportait pas d'éléments de la lignée psychotique. Le 23 mai 2008, la Dresse C \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a retenu quant à elle les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 ; présent depuis 2005), de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (actuellement utilisation continue, présents depuis plus de 20 ans ; F10.25), de cirrhose, de polyneuropathie invalidante et de personnalité évitante anxieuse (F60.6) existant depuis plus de 20 ans. Le médecin a précisé avoir été consulté par la patiente au début de l'année 2005, dans le cadre d'un trouble anxio-dépressif majeur lié à son deuxième divorce ; elle se trouvait alors dans une situation médico-sociale catastrophique, se montrait très anxieuse, avec des attaques de panique, des troubles du sommeil, des troubles alcooliques, des troubles de la concentration majeurs, un isolement social, une perte d'espoir, de l'irritabilité, des troubles de la concentration et un risque auto-hétéroagressif dès 2008 lié à une consommation majeure d'alcool. La patiente était « évitante » et disposait de peu de ressources internes. Compte tenu de cette situation, la Dresse C \_\_\_\_\_ avait alors rapidement adressé l'assurée à la consultation d'alcoologie des HUG. Le médecin a qualifié l'évolution de l'état de l'assurée de mauvaise vu son hospitalisation pour hépatite alcoolique en 2007 et le diagnostic de cirrhose qui avait alors été posé. La Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente était désormais – et depuis un mois - en rupture, car elle avait rechuté dans l'alcoolisme (consommation continue) et un risque auto-hétéroagressif était présent. Elle a donc émis un pronostic très réservé à moyen terme. La Dresse C \_\_\_\_\_ a souligné qu'un sevrage, une cure et un suivi à l'hôpital de jour avaient été proposés à la patiente mais que cette dernière était à la limite du discernement. Son incapacité de travail était totale depuis 2005 en raison d'une polyneuropathie invalidante et du fait que même des activités intellectuelles minimales étaient impossibles. La Dresse C \_\_\_\_\_ a également produit un rapport établi le 26 juillet 2007 par le Dr D \_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de gastro-entérologie des HUG. Ce dernier y retenait le diagnostic principal de cirrhose hépatique avec stéato-hépatite compatible avec une origine alcoolique et y ajoutait des comorbidités d'alcoolisme avec consommation excessive stoppée début juillet 2007, une paresthésie des membres inférieurs connue depuis 2006, un fibrome utérin et un état dépressif. Une gastroduodénoscopie pratiquée le 23 juillet 2007 avait mis en évidence des varices oesophagiennes de stade I avec un aspect endoscopique typique de gastropathie et d'hypertension portale. Dans un rapport du 20 juin 2008, le Dr E \_\_\_\_\_, interniste au Département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, désormais abstinente. Il a précisé que les symptômes consistaient en une anxiété avec une incapacité à effectuer les activités de la vie quotidienne sans être accompagnée. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le médecin s'est référé à l'avis de la Dresse C \_\_\_\_\_. Il a encore indiqué que la patiente,

suivie par le service depuis le 28 avril 2008 pour sa dépendance à l'alcool, était limitée dans ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation. Dans sa lettre d'accompagnement, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que ces informations devaient être considérées comme complémentaires à celles contenues dans le rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_. Le 4 juillet 2008, l'OCAI a informé l'assurée que, puisque des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables vu son état de santé, il allait examiner son droit à une rente. L'assurée n'a pas contesté cette décision. Le 3 septembre 2008, l'assurée a été examinée par la Dresse F\_\_\_\_\_, ancienne cheffe de clinique adjointe en psychiatrie et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). L'assurée s'est plainte de son alcoolisme, d'une fatigue psychique et de difficultés à gérer le stress. A l'examen clinique, la Dresse F\_\_\_\_\_ n'a objectivé aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, pas plus que de ralentissement psychomoteur, d'adynamie, de perte de l'élan vital, d'idées suicidaires, d'angoisse, de phobies, de délires, d'hallucinations et de troubles de la pensée. En revanche, elle a indiqué que l'assurée présentait une structure de la personnalité dépendante et anxieuse. La Dresse F\_\_\_\_\_ a finalement retenu à titre de diagnostics, dont elle a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - actuellement abstinent (F 10.20). Elle a précisé que, durant ses années d'université en Pologne, l'assurée avait développé une consommation d'alcool constitutive d'un alcoolisme primaire. Le médecin a conclu que, sur le plan psychiatrique, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans toute activité, vu l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Dans un rapport établi le 2 octobre 2008, le Dr G\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a émis l'avis que la cirrhose hépatique n'était aucunement invalidante. Il a ajouté que la polyneuropathie évoquée par le médecin traitant n'était pas documentée et n'avait pas été confirmée lors du séjour de l'assurée en gastroentérologie en juillet 2007. Il a relevé que la personnalité anxieuse ne pouvait pas être considérée comme décompensée en l'absence de tout signe dans ce sens. Il a conclu à un alcoolisme primaire actuellement en abstinence et à un amendement complet de l'épisode dépressif sévère. Il a considéré qu'en l'absence d'une affection durable au sens de l'assurance-invalidité, l'assurée était apte au travail à 100% dans toute activité et ce, depuis toujours. Le 7 octobre 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'il niait son droit à une rente d'invalidité car elle ne souffrait pas d'une atteinte invalidante au sens de la loi et son affection n'avait aucune incidence sur sa capacité de travail et de gain. Le 30 octobre 2008, l'assurée a contesté cette conclusion, alléguant qu'il lui était impossible de reprendre le travail au vu de ses angoisses, de son énervement, de ses troubles du sommeil, de ses vertiges, de son irritabilité, de sa dépression, de ses difficultés de concentration et de l'impossibilité qui était la sienne d'assumer ses travaux habituels et gérer ses affaires administratives. Elle a ajouté que son foie était malade, que son état psychique était très fragile et que le risque de rechute alcoolique était toujours présent. Elle a précisé qu'à la suite de ses problèmes neurologiques, elle avait pris contact avec le Dr H\_\_\_\_\_, neurologue FMH. A l'appui de ses dires, l'assurée a produit, notamment, un contrat de prestations d'aide ménagère d'une heure et demie par semaine daté du 23 juillet 2007, d'une durée indéterminée, devant faire l'objet d'une réévaluation en janvier 2009, ainsi qu'un établi le 7 août 2006 par le Dr I\_\_\_\_\_, médecin à la polyclinique de médecine des HUG, faisant état de l'apparition, trois mois auparavant, de paresthésies douloureuses sous forme de fourmillement dans les deux pieds et dans les pulpes des doigts avec difficultés à sentir le sol sous les pieds. Le médecin indiquait avoir constaté, lors de l'examen clinique,

l'absence de réflexes achilléens, une pallesthésie réduite aux pieds et un Romberg non tenu. Il diagnostiquait une polyneuropathie des membres inférieurs d'origine indéterminée. Le 24 novembre 2008, l'OCAI a rendu une nouvelle décision remplaçant celle du 7 octobre 2008 mais confirmant sa position. Il a considéré que l'assurée n'avait amené aucun fait nouveau susceptible de remettre en question sa position. Par écriture du 9 janvier 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant principalement, à la mise en œuvre d'une expertise complète et indépendante permettant de poser un diagnostic « sérieux » sur son état de santé psychique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision lui reconnaissant un droit à des mesures professionnelles. La recourante allègue qu'au vu des affections psychiques et physiques dont elle souffre, elle n'est en mesure ni de travailler, ni d'assumer ses tâches ménagères. Elle conteste les conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_ au motif que cette dernière ne l'a rencontrée qu'à une seule occasion et que cela ne saurait suffire pour remettre en question les conclusions de son psychiatre traitant, lequel confirme son diagnostic et conteste cette expertise. La recourante allègue que son alcoolisme ne peut être considéré comme primaire au vu de la grave dépendance dont elle souffre depuis plus de 20 ans qui est incompatible avec une telle « catégorisation ». Elle reproche à l'intimé d'avoir fait preuve d'incohérence en lui refusant, en juillet 2008, l'octroi de mesures professionnelles au motif que son état de santé ne permettait pas de les envisager pour ensuite considérer qu'elle ne présente aucune atteinte susceptible de lui ouvrir droit à une rente. La recourante produit à l'appui de ses dires deux nouveaux rapports médicaux du Dr A\_\_\_\_\_ et de la Dresse C\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 27 novembre 2008, le généraliste confirme les diagnostics déjà posés et y ajoute celui de polyneuropathie des quatre membres avec hypoesthésie en gants et en chaussettes. Il relève que sa patiente reste fragile et qu'une rechute est toujours possible. Il note une fatigabilité et une asthénie à la poursuite d'une tâche, même de courte durée. Quant à la Dresse C\_\_\_\_\_, elle confirme, dans son rapport du 23 décembre 2008, les diagnostics de trouble dépressif récurrent – épisode actuel moyen (F33.10) -, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance – actuellement abstinente sous traitement (F10.22) -, de personnalité évitante-anxieuse (F.60.6), de cirrhose hépatique et de polyneuropathie invalidante. Le médecin souligne que le problème d'alcoolisme de sa patiente a aggravé ses difficultés à gérer son quotidien. Sur le plan psychique, le médecin estime que l'assurée rencontre des limitations fonctionnelles sous forme d'asthénie et de troubles de la concentration lié à une anxiété de fond. L'amélioration clinique, lente, est perturbée par chaque rechute d'alcoolisme. Le médecin exprime l'avis que si l'assurée arrive à rester abstinente à long terme, une activité à temps partiel pourrait être envisagée. Par ailleurs, la Dresse C\_\_\_\_\_ relève que, pour conclure à l'absence d'état dépressif, la Dresse F\_\_\_\_\_ ne s'est pas basée sur une « échelle d'évaluation » et qu'elle n'a pas non plus pris en considération la lente désinsertion du tissu social et la fragilité qui empêchent l'assurée de s'inscrire dans le monde du travail. En définitive, la Dresse C\_\_\_\_\_ a émis l'opinion que si sa patiente n'est pas mise au bénéfice d'une reconversion lui permettant d'accéder à une activité à temps partiel, son état risque d'empirer avec menace pour sa vie. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 février 2009, a conclu au rejet du recours. Il observe qu'il ressort de l'examen psychiatrique effectué par le SMR que la fatigue alléguée peut tout au plus s'apparenter à un critère mineur de la dépression, sans atteindre le seuil diagnostique de l'épisode dépressif léger, qu'au surplus, le diagnostic de trouble récurrent de l'humeur n'a pu être retenu puisque,

hors période d'alcoolisation, la recourante ne présentait pas un tel trouble et que les constatations du médecin du SMR ne sont pas contredites par les psychiatres des HUG. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1; ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par le même principe et sont donc applicables pour ce qui a trait au droit à la rente dès cette date. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 24 novembre 2008 et les délais de recours sont suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) de sorte que le recours du 9 janvier 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, il est donc recevable (art. 56ss LPGA). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1 et ATF 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, même si la recourante conclut à titre subsidiaire à des mesures professionnelles, force est de constater que cette question a déjà été tranchée par décision du 4 juillet 2008 entrée en force et que la décision litigieuse ne traite pas de cet objet, mais uniquement du droit à la rente. Par conséquent, l'objet du litige dont est saisi le Tribunal de céans ne porte que sur le caractère invalidant des troubles psychiques et de l'alcoolisme dont souffre la recourante et, partant, sur la question du droit éventuel de cette dernière à une rente d'invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 1 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. 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. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). 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 malade, 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). Selon la jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie ne joue un rôle dans l'assurance-invalidité que 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 que si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 268 consid. 3c; VSI 1996 p. 317, 320 et 323). En tant qu'elle n'est ni la cause, ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité (ATF non publié 9C\_219/07 du 3 avril 2008, consid. 3). 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). L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Dans le cas présent, la recourante conteste la valeur probante des conclusions de la Dresse F \_\_\_\_\_ au motif que cette dernière remet en question l'appréciation de la Dresse C \_\_\_\_\_ et ce, sur la base d'un seul examen d'un peu plus d'une heure. Elle soutient au surplus qu'on ne saurait retenir le diagnostic d'alcoolisme primaire alors même que sa dépendance à l'alcool existe depuis plus de 20 ans. A titre préalable, il y a lieu de relever que le rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2008 et celui du Dr A \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2008 doivent être pris en considération par le Tribunal de céans quand bien même ils sont postérieurs à la décision litigieuse. En effet, si le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération lorsqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). Or, les rapports susmentionnés concernent l'état de santé qui était

celui de la recourante avant la décision litigieuse, de sorte qu'ils ont toute leur importance dans ladite procédure. En premier lieu, il convient d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 17 septembre 2008. Dans ledit rapport, qui contient une anamnèse et tient compte des plaintes de la recourante, la Dresse F \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'affection psychique et de limitations fonctionnelles ayant une incidence sur la capacité de travail. Ses conclusions reposent sur un examen clinique psychiatrique qui n'a mis en évidence ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble de la personnalité morbide, mais une labilité émotionnelle, une dépendance et une structure de la personnalité anxieuse. Aussi a-t-elle diagnostiqué des troubles mentaux du comportement et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, d'origine primaire et sans aucune comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. La Dresse F \_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle n'avait pas posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère retenu par le psychiatre traitant parce que chez la recourante, la symptomatologie dépressive était dépendante de l'alcoolisme chronique et que son état s'améliorait quand elle arrêta la consommation d'alcool ; or, il est connu que la consommation d'alcool favorise l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive et augmente le risque suicidaire. Le médecin du SMR a également précisé que le trouble de la personnalité évitante (anxieuse) diagnostiqué par la Dresse C \_\_\_\_\_ n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail puisqu'il n'avait pas empêché l'assurée d'entreprendre des études universitaires et d'assumer une vie socioprofessionnelle normale. La Dresse F \_\_\_\_\_ a pris ses conclusions finales au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se basant sur les appréciations médicales y figurant. De plus, les explications qu'elle a données sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation de la recourante. Le médecin du SMR s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail. Ses conclusions sont cohérentes et motivées. Il explique notamment pourquoi il n'a pas retenu d'incapacité de travail et pourquoi il n'a pas posé de diagnostic de trouble dépressif récurrent. De plus, étant donné que la recourante ne présente aucune comorbidité psychique entraînant une incapacité de travail, c'est à juste titre que le médecin du SMR a considéré que l'alcoolisme de la recourante n'entraînait pas d'invalidité. En outre, son appréciation prend en considération les observations faites par les médecins du Département de psychiatrie des HUG lors du séjour de la recourante du 28 mars au 7 avril 2008. Au demeurant, ces derniers confirment les conclusions de la Dresse F \_\_\_\_\_ puisqu'à la sortie, après mise en œuvre d'un traitement, ils aboutissent aux mêmes constatations qu'elle, à savoir l'absence de troubles thymiques et d'idées suicidaires, l'absence de troubles de l'attention et de la concentration et, enfin, l'absence d'élément de la lignée psychotique. Par ailleurs, ils ne diagnostiquent pas d'autres troubles psychiques que ceux liés à la consommation d'alcool. Les conclusions de la Dresse F \_\_\_\_\_ sont également confirmées par le Dr E \_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 20 juin 2008, a mentionné le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool sous la rubrique « sans effet sur la capacité de travail ». Le seul psychiatre à conclure à des troubles psychiques incapacitants est la Dresse C \_\_\_\_\_. Son rapport du 23 mai 2008, qui fait état d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, n'est pas déterminant dès lors qu'il a été établi à la suite d'une rechute alcoolique traitée avec succès en milieu hospitalier et ne fait pas état d'une aggravation durable de l'état de santé de la recourante mais d'une aggravation transitoire. En revanche, dans son rapport du 23 décembre 2008, la Dresse C \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, sur le plan

psychique, un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (syndrome de dépendance avec actuellement abstinence sous traitement) et une personnalité évitante-anxieuse. Elle a retenu des limitations fonctionnelles sous forme d'asthénie et de troubles de la concentration liés à une anxiété de fond. En indiquant que si sa patiente arrivait à rester abstinent à long terme, une activité à temps partiel pourrait être envisagée, le médecin a implicitement reconnu une incapacité totale de travail dans toute activité. Toutefois, un tel diagnostic et l'appréciation de l'incapacité de travail ne sont explicités par aucune description de l'état dépressif et de la personnalité évitante-anxieuse de la recourante permettant de constater objectivement l'existence d'un état psychique suffisamment grave pour retenir ce diagnostic et une telle incapacité de travail. De plus, le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool (syndrome de dépendance avec actuellement abstinence sous traitement) est erroné. En effet, en règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation d'alcool dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé (THONNEY/GAMMETER, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; GAMMETER, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; ATF non publié 9C\_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.3). Or, les médecins des HUG ont justement constaté qu'il n'y avait plus aucun signe et symptôme psychiatrique à la suite du sevrage de la recourante, de sorte que les signes et symptômes en question ne peuvent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé de la part de la Dresse C\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la Dresse C\_\_\_\_\_ invoque un risque d'aggravation pour motiver une incapacité de travail. Or, invoquer un risque d'aggravation de l'affection ne justifie pas le droit à une rente dès lors que le juge des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et les arrêts cités; ATFA non publié I 836/06 du 5 octobre 2007, consid. 4.2), d'autant que, selon le Dr A\_\_\_\_\_ ce risque est uniquement possible, ce qui ne satisfait pas à la règle de la preuve de la vraisemblance prépondérante requise en assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b) qui ne saurait en aucun cas être assimilée à la prise en compte d'une hypothèse invérifiable (ATF non publié 9C\_673/2008 du 20 mai 2009, consid. 3). Au vu des considérations qui précèdent, l'appréciation de la Dresse C\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Le seul grief que la Dresse C\_\_\_\_\_ formule précisément à l'encontre de l'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ est de ne pas avoir procédé à une évaluation sur la base de tests psychologiques. Or, s'agissant de la mise en oeuvre ou non de test psychologique, il appartient à l'expert et non au psychiatre traitant de déterminer les méthodes d'investigation les plus opportunes dans le cadre du mandat qui lui est confié. En outre, une majorité d'auteurs considère que les tests psychologiques ne constituent qu'un complément d'examen clinique (voir Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss). De plus, ce reproche est au demeurant partiellement faux dans la mesure où la Dresse F\_\_\_\_\_ a fait application des critères CIM-10 pour vérifier la présence ou l'absence d'un épisode dépressif. Enfin, en répondant à la question de savoir si la recourante présentait oui ou non une atteinte à la santé psychique invalidante, elle n'a fait que se tenir à la tâche des médecins dans la détermination de la capacité de travail dans le domaine de l'assurance-invalidité (cf. art. 49

RAI; ATF 125 V 261 consid. 4; ATFA non publié I 145/06 du 6 septembre 2006, consid. 4.2). C'est le lieu 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; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'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 contraire. 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 psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C\_480/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4). Or, il ressort de ce qui précède que la Dresse F\_\_\_\_\_ n'a pas omis de prendre en considération certains éléments objectifs. Dans la mesure où les critiques de la Dresse C\_\_\_\_\_ tendent davantage à substituer sa propre appréciation à celle de la Dresse F\_\_\_\_\_ qu'à établir l'existence d'une carence évidente dans l'évaluation, elles ne sont pas susceptibles de faire douter de la valeur probante du rapport d'expertise du médecin du SMR. La recourante fait pour sa part grief à la Dresse F\_\_\_\_\_ de s'être basée sur un unique examen, de durée limitée, et d'avoir qualifié, à tort, selon elle, son alcoolisme de primaire. La durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de ce médecin. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. C'est pourquoi la durée d'observation n'entre pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître un caractère probant à une expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). On notera toutefois que la Dresse F\_\_\_\_\_ ne s'est pas contentée de ses seules investigations, mais s'est également fondée sur le dossier médical fourni par le médecin traitant. L'étude de celui-ci, rapprochée de ses constatations personnelles, lui ont permis de se prononcer sur le cas d'espèce (ATFA non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4). Quant à la contestation du caractère primaire de son alcoolisme, la recourante méconnaît le sens de ce terme qui ne signifie pas qu'il s'agirait de la première manifestation de l'alcoolisme, mais bien que l'alcoolodépendance dont elle souffre n'a provoqué ni maladie ou accident ayant entraîné une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à sa capacité de gain, ni qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (ATF non publié 9C\_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3). Par conséquent, sous réserve du complément d'instruction sur l'incidence de la cirrhose hépatique sur la capacité de travail ou le rendement, prévu ci-dessous, l'appréciation de la Dresse F\_\_\_\_\_ est correcte en tant que l'alcoolodépendance n'est pas constitutive d'invalidité. Aussi, les critiques de la recourante ne permettent pas de douter de la valeur probante des conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_. Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans retiendra donc, au vu des conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_, l'absence d'atteinte psychique invalidante. Reste à examiner ce qu'il en est sur le plan physique. Dans son rapport du 4 mars 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une cirrhose hépatique, une stéato-hépatite et une paresthésie des membres inférieurs. Il a estimé que la résistance de la recourante était limitée en raison de l'asthénie due au sevrage d'alcool, à l'hépatite et à la dépression. Puis, dans son rapport du 27 novembre 2008, il a également fait état d'une polyneuropathie des quatre membres avec hypoesthésie en gants et en chaussettes. Il a noté une fatigabilité et une asthénie à la poursuite d'une tâche, même de courte durée. Dans son rapport de synthèse du 2 octobre 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré - sans aucune explication permettant de vérifier ses conclusions - que la cirrhose hépatique ne revêtait aucune valeur

incapacitante chez la recourante et que la polyneuropathie mentionnée par le Dr A\_\_\_\_\_ n'était pas documentée. Bien qu'avant l'émission de la décision litigieuse, la recourante ait indiqué avoir été examinée par le Dr H\_\_\_\_\_ et ait produit un rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_ en date du 7 août 2006 – lequel retenait le diagnostic de polyneuropathie d'origine indéterminée -, l'intimé n'a procédé à aucune instruction complémentaire sur cette question. Force est de constater l'existence d'une contradiction entre les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ et le fait que les constatations du médecin traitant. Ce dernier conclut en effet que la cirrhose hépatique et la stéato-hépatite ont une incidence sur la capacité de travail de sa patiente. Il ajoute que l'asthénie, due notamment à l'hépatite, limite sa résistance. Enfin, la polyneuropathie est documentée. Ces contradictions entre les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ et celles du Dr A\_\_\_\_\_ ne peut être levée que par la mise en œuvre d'une expertise, d'autant plus nécessaire que l'intimé a statué sans tenir compte de l'existence d'une polyneuropathie et, ce faisant, procédé à une appréciation lacunaire du cas. Par conséquent, il convient de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire sous forme d'expertise externe pluridisciplinaire comportant un volet gastro-entérologique et un volet neurologique, après avoir sollicité des renseignements complémentaires auprès du Dr H\_\_\_\_\_. Si cette expertise devait conclure à une capacité résiduelle de travail partielle ou à une diminution de rendement, il appartiendra également à l'intimé de déterminer si la recourante doit être considérée comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 24 novembre 2008 annulée au sens des considérants. 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 500 fr. **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 24 novembre 2008 au sens des considérants. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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; RS 173.110); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le