

## **GE\_GERICHTE A/854/2012 vom 15. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_854\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_854_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/854/2012 du 15 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/854/2012 del 15 novembre 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.11.2012  
A/854/2012

A/854/2012 ATAS/1375/2012 du 15.11.2012 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 21.12.2012, rendu le 20.06.2013, REJETE, 9C\_1041/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/854/2012 ATAS/1375/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 novembre 2012 3ème Chambre En la cause GASTROSOCIAL, Pensionskasse, Bahnhofstrasse 86, postfach, 5001 Aarau recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé et Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée au Petit-Lancy appelée en cause EN FAIT Madame B \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1963 en Turquie, de nationalité suisse, a exercé l'activité de serveuse dans divers établissements à partir du 1 er juin 1994. A compter du 22 décembre 2005, elle a été dans l'incapacité totale de travailler en raison d'un état dépressif, d'un trouble compulsif et d'une addiction à l'alcool et au jeu. Le 15 mars 2006, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI). Par décision du 31 janvier 2008, l'OAI lui a reconnu un degré d'invalidité de 100 % lui ouvrant droit à une rente entière dès le 20 septembre 2007. Le montant de la rente était fixé à compter du 1 er février 2008, étant précisé qu'une décision serait rendue ultérieurement concernant la période du 1 er septembre 2007 au 31 janvier 2008. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : un rapport d'expertise rendu le 23 février 2006 par Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapeute mandaté par l'assureur perte de gain ; il en ressortait que l'assurée avait séjourné aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en octobre 2003 après une tentative de suicide (médicaments), qu'elle était en conflit avec ses enfants, qu'elle consommait de l'alcool et ce sans doute depuis plusieurs années, qu'elle avait été hospitalisée une nouvelle fois en décembre 2005 suite à un second tentamen médicamenteux ; le Dr L \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - syndrome de dépendance - en précisant que la patiente était alors abstinente, un trouble dépressif récurrent - épisode sévère - et une personnalité dépendante ; il a conclu à une totale incapacité de travail ; un rapport du 28 mars 2006 du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, concluant à un trouble dépressif récurrent (épisode sévère), à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (syndrome de dépendance, utilisation continue), à une tendance au jeu pathologique et à des troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ; le Dr M \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 22 décembre 2005 ; un résumé d'intervention du Centre de thérapie brève (CTB) où l'assurée a été en traitement continu du 24 mars au 7 avril 2006, concluant à un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, à des troubles mentaux et du comportement et à une tendance pathologique au jeu ; un résumé

d'intervention du CTB pour la période du 11 octobre au 3 novembre 2006, concluant à un trouble dépressif récurrent - épisode sévère avec symptômes psychotiques -, à des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - syndrome de dépendance, utilisation épisodique -, à une personnalité émotionnellement labile et à une tendance au jeu pathologiques ; l'assurée avait été adressée au CTB par son médecin traitant, le Dr N\_\_\_\_\_, en raison d'une symptomatologie dépressive ayant motivé un arrêt de travail à 100 %; un nouveau rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, daté du 23 janvier 2007, indiquant qu'après avoir repris le travail, l'assuré s'était à nouveau retrouvé en arrêt à partir du 20 septembre 2006; le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics et les conclusions de l'expertise du 23 février 2006 ; un rapport du 8 juin 2007 du Dr O\_\_\_\_\_, médecin au CTB de la Jonction, confirmant les diagnostics précédemment posés en novembre 2006 et concluant à une totale incapacité de travail ; un avis émis le 16 octobre 2007 par le Dr P\_\_\_\_\_, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et psychiatre, estimant que le trouble de la personnalité dépendante de l'assurée était décompensé sur un mode dépressif mais aussi sur un mode toxicomaniaque avec alcoolisation continue ; le médecin a constaté que les éléments du dossier étaient congruents et correspondaient à l'appréciation des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ; il a conclu à une maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée ; Par acte du 5 mars 2008, l'institution de prévoyance de l'assurée (CAISSE DE PENSION GASTROSOCIAL ; ci-après : la caisse de pension) a interjeté recours contre cette décision en alléguant que l'abus d'alcool et le jeu étaient des motifs étrangers à l'invalidité, que la dépression était probablement réactionnelle à la prise d'alcool et qu'il fallait en tirer la conclusion que l'assurée pourrait travailler si elle ne buvait pas. A l'appui de sa position, la recourante invoquait l'avis de son médecin conseil, le Dr Q\_\_\_\_\_, psychiatre. Celui-ci relevait l'assurée n'avait pas pris conscience qu'elle devait s'attaquer à son problème d'alcoolisme. Il ajoutait que les patients ayant une dépendance à l'alcool étaient psychiquement labiles, de sorte qu'il n'était pas possible d'en déduire qu'ils souffraient d'une structure de personnalité de type borderline. Selon le médecin conseil, un sevrage accroîtrait la confiance en soi de l'assurée, la revaloriserait et la rendrait à nouveau apte à remplir ses tâches sociales et à travailler, dans la même mesure que par le passé. Le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a statué en date du 16 octobre 2008 ( ATAS/1164/2008 ). Le Tribunal a nié toute valeur probante au rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ mais, constatant que l'intimé n'avait pas examiné la question de savoir si la dépendance à l'alcool était de caractère primaire ou secondaire, il a admis le recours partiellement en ce sens que la cause a été renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. Celle-ci devait consister en une expertise psychiatrique auprès d'un spécialiste en dépendance à l'alcool afin que ce dernier se prononce sur le caractère invalidant de l'atteinte, le degré de gravité des troubles psychiques de l'assurée, le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative -moyennant au besoin un traitement thérapeutique-, le caractère primaire ou secondaire de la dépendance et la persistance ou non de troubles psychiques en cas de sevrage. Le 30 juin 2010, l'OAI a rendu une nouvelle décision confirmant l'octroi à l'assurée d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 2007. Cette décision reposait essentiellement sur le rapport d'expertise rédigé le 21 septembre 2009 par le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sur la base d'un examen de l'assurée, du dossier mis à sa disposition par l'OAI et d'un entretien téléphonique avec le Dr N\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée. Cette expertise avait été menée alors que l'assurée était abstinente depuis quatre

mois (abstinence confirmée par le résultat des examens sanguins). L'expert a retenu les diagnostics de dépendance à l'alcool en rémission, dépendance aux benzodiazépines, trouble dépressif majeur récurrent, état sévère sans caractéristiques psychotiques et trouble de la personnalité borderline. L'expert a estimé que le trouble dépressif majeur avait valeur incapacitante et était suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail en soi. Il a exprimé sa conviction que l'assurée serait incapable de travailler même en l'absence de toute problématique avec les substances psycho-actives puisque le trouble dépressif sévère persistait alors même que les éléments objectifs confirmaient l'arrêt de la consommation d'alcool ; en conséquence de quoi, les addictions et l'alcoolisme ont été qualifiés de secondaires et l'expert a conclu une incapacité de travail de 80 % qu'il a fait remonter au 18 septembre 2006 en prenant comme repaire la date de début d'incapacité de travail de longue durée retenue par le médecin-traitant et en précisant que cette incapacité était restée constante depuis (pièce 60 OAI). Le 20 juillet 2010, la caisse de pension a interjeté recours une nouvelle fois auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en se référant à un nouveau rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 2 juin 2010. Le médecin y expliquait qu'à son avis, il n'y avait ni trouble de la personnalité ni trouble dépressif sévère. Il affirmait que les addictions ne pouvaient être qualifiées de secondaires et que des mesures étaient exigibles pour diminuer le dommage. L'intimé a admis qu'une instruction complémentaire était encore nécessaire. En effet, son SMR, avait suggéré, pour éclaircir les divergences d'appréciation entre les Drs R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ (notamment au niveau de leurs observations : tristesse, fatigabilité, ralentissement pour le Dr R\_\_\_\_\_, humeur équilibrée et psychomotricité vive pour le Dr Q\_\_\_\_\_) et les situer dans le contexte d'une éventuelle évolution de l'atteinte à la santé, de demander un rapport aux psychiatre et médecin traitants. Le Tribunal cantonal a donc partiellement admis le recours par arrêt du 2 septembre 2010 et renvoyé une nouvelle fois la cause à l'intimé ( ATAS/899/2010 ). Dans un rapport du 17 décembre 2010, le psychiatre-traitant (depuis février 2008) a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode moyen), trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation épisodique), jeux pathologiques en rémission partielle et dépendance sévère aux benzodiazépines. Le médecin a précisé que sa patiente souffre depuis de nombreuses années d'angoisses importantes, de tristesse, de culpabilité, d'un renversement du cycle veille/sommeil, d'une fatigue chronique surtout matinale et d'un comportement à risques. Il a indiqué que, malgré le traitement antidépresseur combiné au traitement anxiolytique (y compris des neuroleptiques de nouvelle génération), l'assurée continuait à montrer une thymie triste, des troubles du sommeil, un manque d'élan vital et une dépendance aux benzodiazépines. Désormais la consommation d'alcool et les jeux pathologiques était occasionnels. Le médecin a émis un pronostic précaire et a conclu à une totale incapacité de travail. L'OAI a souhaité mettre sur pied une expertise supplémentaire, qu'il a confiée au Dr T\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui a rendu son rapport en date du 15 septembre 2011 (pièce 108 OAI). Ce rapport se fonde sur plusieurs entretiens avec l'assurée, un entretien téléphonique avec son psychiatre-traitant et les pièces du dossier. Ont été retenus à titre de diagnostics : un trouble dépressif récurrent (épisode moyen), un trouble mixte de la personnalité (dépendante, passive/agressive et borderline), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (utilisation continue) et des troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation épisodique). Ont été également mentionnés en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur

la capacité de travail : une tendance pathologique au jeu et un tabagisme. L'expert a conclu qu'aucune activité professionnelle ou de réinsertion n'était envisageable en raison des pathologies psychiatriques. Il a émis l'avis que le degré d'incapacité de travail avait fluctué entre 80 et 100 % depuis 2006. Le 3 novembre 2011, l'OAI a adressé à l'assurée et à son institution de prévoyance un projet d'acceptation de rente. Le 17 janvier 2012 - c'est-à-dire tardivement -, la caisse de pension a manifesté son désaccord en alléguant brièvement que, selon l'avis de son médecin-conseil, avec un sevrage et une thérapie, l'incapacité de travail pourrait être réduite à 50 %. A l'appui de sa position, la caisse a produit un rapport du Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, du 30 décembre 2011, se basant sur les actes soumis à lui par la caisse. Le médecin se posait la question de savoir si le traitement et la compliance étaient suffisants, l'assurée ayant quitté à plusieurs reprises la clinique en 2006. Pour le reste, il a considéré que les problèmes socioculturels (conflits familiaux, problèmes d'alcool, problèmes de jeu, abus de médicaments) étaient au premier plan. Le 30 janvier 2012, l'OAI a rendu une nouvelle décision au terme de laquelle il a reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1er septembre 2007. L'OAI a considéré qu'à compter de septembre 2006, on ne pouvait raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle exerçât une activité quelle qu'elle soit, de sorte que son taux d'incapacité de travail se confondait avec celui de sa perte de gain. Par écriture du 15 mars 2012, la caisse de pension a une fois de plus interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'annulation de la décision et à ce que le taux d'activité soit "fixé à nouveau". La recourante invoque plusieurs griefs. Elle reproche à l'intimé de n'avoir toujours pas examiné la question de savoir si la dépendance de l'assurée est primaire ou secondaire, de n'avoir pas mis en œuvre une expertise supplémentaire en présence de rapports médicaux contradictoires, d'avoir conclu à tort à un trouble de la personnalité, de n'avoir pas vérifié si des aspects étrangers à l'invalidité (facteurs aggravants psychosociaux et socioculturels) avaient été pris en compte, d'avoir violé le principe selon lequel la réadaptation prime la rente et enfin, de n'avoir pas relevé que l'assurée avait violé son obligation de réduire le dommage en ne s'efforçant pas de se réadapter activement par elle-même. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 avril 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé souligne que le Dr U \_\_\_\_\_ - qui dispose de connaissances spécifiques en alcoologie puisqu'il est membre du dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologiques - est arrivé aux mêmes conclusions que le Dr R \_\_\_\_\_. L'intimé se réfère à l'avis de son SMR, qui conclut que les dépendances sont secondaires à l'atteinte à la santé psychiatrique et que l'histoire de vie de l'assurée est due à son trouble de la personnalité. Les aspects psychosociaux auxquels se réfère la recourante sont ainsi la conséquence d'une atteinte à la santé en soi invalidante, raison pour laquelle ils n'ont pas à être pondérés ou distingués dans l'appréciation de la capacité de travail. L'intimé ajoute qu'on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir tenu compte du rapport du Dr S \_\_\_\_\_ du 30 décembre 2011, rapport qui lui est parvenu tardivement. L'intimé fait remarquer que, quoi qu'il en soit, ce rapport ne saurait se voir reconnaître valeur probante dans la mesure où il a été rédigé sur la base du seul dossier, lequel semble avoir été lacunaire, puisqu'il ne comporte ni anamnèse ni rapport sur les plaintes de l'assurée. L'intimé soutient qu'il ne s'agit que d'une appréciation très différente d'un même état de fait, dont il estime qu'il a été suffisamment investigué par deux expertises concordantes qui, elles, peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. En effet, les expertises du CHUV et du Dr R \_\_\_\_\_ sont complètes et aboutissent à des conclusions concordantes. Enfin, s'agissant de la capacité de l'assurée à être réadaptée, l'intimé allègue que d'un point de vue objectif déjà - vu son état de santé - on ne saurait

considérer qu'elle est susceptible d'être réadaptée, que ce soit par elle-même ou avec l'aide de l'OAI. Par ordonnance du 16 avril 2012, l'assurée a été appelée en cause. Les pièces essentielles de la procédure lui ont été communiquées et un délai lui a été accordé pour se déterminer, qu'elle n'a pas utilisé. Par brève écrite du 25 avril 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions en alléguant que le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ n'est plus actuel et que des contradictions existent entre son rapport et les expertises des Drs Q\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 ). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 20 septembre 2007. 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 l'assurée 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 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 256 consid. 4 p. 261, 115 V 133 consid. 2 p. 134, 114 V 310 consid. 3c p. 314, 105 V 156 consid. 1 p. 158). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative: art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances: art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. b) Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Lorsque, 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 p. 353). c) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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). d) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294 ). Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine). e) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). 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 additif, 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 (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités). f) 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 (cf. ATF non publié du 15 avril 2008, 9C\_395/2007, consid. 2.2 et les références). En l'espèce, l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter de septembre 2006. L'intimé s'est basé sur les conclusions des expertises des Drs R\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, dont il convient à présent d'examiner si elles peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. Tel est manifestement le cas de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_. En effet, son rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de l'assurée et tient compte des plaintes rapportées par celle-ci ; il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. On relèvera que cette expertise a été menée alors que l'assurée était abstinente depuis quatre mois, ce qui a permis au médecin examinateur d'évaluer la situation hors l'influence de l'alcool. Le Dr R\_\_\_\_\_ a expliqué en détail quels étaient les éléments qui l'avaient conduit à retenir les différents diagnostics. S'agissant plus particulièrement de l'état dépressif sévère, il a indiqué que ses observations étaient corroborées par le résultat de l'échelle d'évaluation. S'agissant du trouble de la personnalité, il a précisé que ce dernier se définit comme un mode de comportement durable apparaissant au début de l'âge adulte, stable dans le temps et provoquant une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatif. Dans le cas présent, l'expert a constaté chez l'assurée une certaine instabilité, peut-être depuis les débuts de l'âge adulte : les difficultés conjugales sont apparues très tôt, la stabilité professionnelle n'était pas bonne. Sans que la chose soit particulièrement frappante, l'expert a indiqué avoir tout de même l'impression de dysfonctionnement et de souffrances psychiques apparues très tôt dans l'histoire de l'assurée. Il a également relevé une problématique d'abandon, une impulsivité, des tentatives et menaces suicidaires, une instabilité affective, un sentiment chronique de vide, des idéations persécutives et des symptômes dissociatifs hautement vraisemblables. En conséquence, six au moins des manifestations requises par le DSM IV pour conclure à un trouble de personnalité borderline (cinq suffisent pour poser le

diagnostic) étaient donc présentes. A cet égard, on relèvera d'ailleurs que la majorité des autres médecins spécialistes et experts ayant eu à donner leur opinion ont retenu le diagnostic de trouble de la personnalité ; seuls les médecins-conseil de la recourante ont mis ce dernier en doute mais - comme on le verra infra - leurs conclusions ne sauraient se voir reconnaître valeur probante. A la question de savoir s'il existait une atteinte psychiatrique ou cérébro-organique qui serait la conséquence des abus de substances, l'expert a répondu par la négative. En revanche, il a répété que le trouble de la personnalité ne faisait guère de doute - même s'il était difficile de prouver que les dysfonctionnements et la souffrance psychique significative remontaient au début de l'âge adulte - car le tableau clinique présentait des caractéristiques tout de même très parlantes, remplissant indiscutablement les critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline. L'expert a précisé que cette pathologie, bien que non incapacitante en elle-même, précédait la problématique de dépendance, qui apparaissait dès lors secondaire et non primaire. Le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en réalité, c'était la problématique dépressive, sévère et préoccupante, qui était invalidante, indépendamment des autres problèmes. Il a souligné que les comportements suicidaires de l'assurée n'avaient rien de banal et que cette tendance avait été constamment présente depuis 2005. Selon l'expert, il n'y jamais eu de rémission complète depuis le 18 septembre 2006. L'épisode dépressif a eu des caractéristiques de sévérité extrême allant jusqu'à des symptômes psychotiques. Il restait sévère au moment de l'expertise, avec quasiment tous les critères requis par la CIM-10 pour ce degré de gravité. A cet égard, l'expert a indiqué que le score de l'échelle d'évaluation de Hamilton conduisait à une valeur que l'on trouvait "volontiers chez les sujets hospitalisés en milieu psychiatrique". En conclusion, le trouble dépressif majeur avait valeur incapacitante et était suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail en soi. L'expert a souligné qu'il était persuadé que l'assurée serait incapable de travailler même en l'absence de problèmes avec les substances psycho-actives puisque le trouble dépressif sévère persistait en dépit de l'arrêt de la consommation d'alcool. En définitive, l'expert a conclu à une incapacité de travail de 80 %, qu'il a fait remonter au 18 septembre 2006. Il a ajouté que le traitement pouvait être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité et que des mesures professionnelles n'avaient guère de sens car l'assurée serait probablement tout juste capable d'œuvrer dans une activité occupationnelle. Le pronostic à longs terme n'était pas bon, le risque suicidaire pas négligeable. Dûment motivé et argumenté, ce rapport d'expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant qu'il est concorde avec les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ et celles du CHUV. Qui plus est, il répond à la demande formulée par le Tribunal cantonal puisqu'il se prononce sur le caractère secondaire ou primaire de la dépendance. Il en va de même de celui du Dr T\_\_\_\_\_, dont on relèvera que les conclusions concordent avec celles du Dr R\_\_\_\_\_ puisque l'expert du CHUV a lui aussi conclu qu'aucune activité professionnelle ou de réinsertion n'était envisageable. Il a expliqué que le trouble dépressif chronique se manifestait notamment par une fatigabilité, des difficultés motivationnelles importantes, une difficulté à sortir du domicile et à entrer en relation avec autrui, une anxiété diffuse, des troubles de l'attention et de la concentration et des perturbations du sommeil conduisant à une diminution drastique des activités et à une incapacité à assumer les responsabilités d'une vie autonome. Lui aussi a conclu à un trouble de la personnalité se manifestant par des réactions inflexibles profondément enracinées et inadaptées à des situations personnelles et sociales variées. L'expert a conclu à une totale incapacité de travail en raison des pathologies psychiatriques et a émis l'avis que le degré d'incapacité de travail avait fluctué entre 80 et 100% depuis 2006. Tout comme le Dr

R \_\_\_\_\_, le Dr T \_\_\_\_\_ a dûment motivé sa position et détaillé les raisons qui le conduisaient à retenir tel ou tel diagnostic. En l'espèce, ce ne sont donc pas moins de quatre expertises qui ont été mises en œuvre qui, toutes, ont conclu à une incapacité de travail quasiment totale (de 80% à 100%). Certes, les deux premières expertises n'examinaient pas la question du caractère primaire ou secondaire de la dépendance. Celle du Dr R \_\_\_\_\_ a pallié à ce manque et ce, durant une période d'abstinence prolongée, ce qui lui confère une importance particulière. Quant à la dernière expertise mise en œuvre, elle n'avait pour objectif que de vérifier si les divergences entre le Dr R \_\_\_\_\_ et le Dr Q \_\_\_\_\_ relevaient d'une simple différence d'appréciation ou d'une évolution de l'état de santé de l'assurée. Il n'y avait donc pas lieu d'examiner une nouvelle fois la question du caractère primaire ou secondaire de la dépendance, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise du Dr R \_\_\_\_\_ ayant déjà clairement répondu aux questions du Tribunal cantonal. Ce grief de la recourante est donc écarté. Dans la mesure où la situation a été investiguée en détail, il n'y a pas lieu non plus de donner suite à la demande d'instruction complémentaire de la recourante. A cet égard, on relèvera que si le rapport du Dr R \_\_\_\_\_ remonte certes à septembre 2009, il a été confirmé depuis lors par les conclusions de l'expert du CHUV. Quant aux avis émis par le Dr Q \_\_\_\_\_, le Tribunal cantonal a d'ores et déjà indiqué que le premier (celui du 13 mars 2008), ne pouvait se voir reconnaître la moindre valeur probante dans la mesure où le médecin en question n'expliquait en rien pourquoi un sevrage était exigible de la part de l'assurée et se contentait d'affirmer péremptoirement que l'alcoolisme n'était pas une maladie psychique invalidante. Il en va de même du second avis émis le 2 juin 2010, puisqu'il est apparu, après interrogation du psychiatre traitant et nouvelle expertise, que les divergences entre les observations du Dr Q \_\_\_\_\_ et celles du Dr S \_\_\_\_\_ s'expliquaient non pas par une évolution de l'état de santé de l'assurée mais bel et bien par une appréciation différente. Il en va de même du rapport du Dr S \_\_\_\_\_ qui semble n'avoir pas été rédigé sur la base d'un dossier complet, d'une part, qui se contente de répondre de manière péremptoire et non motivée aux questions qui lui sont posées, d'autre part. Se basant sur des faits remontant à 2006 - c'est-à-dire bien avant le sevrage de l'assurée -, le médecin semble notamment douter de la compliance et de l'efficacité du traitement dont le Dr S \_\_\_\_\_ avait pourtant expressément indiqué qu'ils étaient parfaitement adéquats. Quant à l'argument selon lequel il aurait été tenu compte - à tort - de problèmes socioculturels, il convient de souligner qu'en l'occurrence, les problèmes en question ne sont évoqués que parce qu'ils constituent les symptômes du trouble de la personnalité précisément mis en doute par la recourante. Enfin, l'argument selon lequel il serait impossible de poser ce diagnostic avant un sevrage tombe à faux puisque, précisément, le Dr S \_\_\_\_\_ a confirmé le trouble de la personnalité en période d'abstinence. Enfin, on ne voit pas en quoi l'intimé aurait violé le principe de la primauté de la réadaptation puisque, précisément, il s'est penché sur la question de savoir si celle-ci était envisageable, question à laquelle il a été clairement répondu par la négative tant par le Dr S \_\_\_\_\_ que par le Dr T \_\_\_\_\_. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a suivi les avis des Drs S \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ et a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière. Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de la recourante. 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 Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK 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.