

GE_GERICHTE A/3585/2015 vom 14. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3585_2015

FR: GE_GERICHTE A/3585/2015 du 14 avril 2016

IT: GE_GERICHTE A/3585/2015 del 14 aprile 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.04.2016
A/3585/2015

A/3585/2015 ATAS/287/2016 du 14.04.2016 (AI) En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3585/2015 ATAS/287/2016 COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 14 avril 2016 5^{ème} Chambre
En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA Recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis Service juridique; rue des Gares 12; GENEVE Intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le ____ 1964, d'origine espagnole et divorcée, est arrivée en Suisse à l'âge de sept ans. Après une maturité commerciale, elle a travaillé en tant que secrétaire/chargée de mission pour une organisation non gouvernementale (ONG). Entre 2000 et 2003, elle a été au chômage, dans le cadre duquel elle a occupé des postes de travail. 2. L'intéressée est soutenue par l'Hospice général depuis septembre 2004. 3. En octobre 2005, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité. 4. Selon le rapport du 11 mai 2006 de la doctoresse B_____, médecin-interniste FMH à la Fondation Phénix, l'assurée est suivie à cette fondation depuis 1996. Elle a commencé à consommer du haschich à partir de quinze ans et de l'héroïne à partir de dix-sept ans, étant précisé qu'elle avait passé sa maturité en état de dépendance sévère. Une dépendance à la cocaïne, plus épisodique, apparaît dès l'âge de dix-huit ans. En 1986, elle est arrêtée avec son mari pour consommation et trafic de drogue et condamnée à une peine de prison de deux ans et demi. A sa sortie, elle reprend une activité professionnelle dans le secrétariat en 1991, année dans laquelle elle est de nouveau arrêtée pour les mêmes raisons et a purgé une peine de prison durant trois mois. Après une période de chômage en novembre-décembre 1991, elle a trouvé un emploi de secrétaire/chargée de mission jusqu'en août 1996 où elle fait une sévère décompensation avec tentative de suicide à la suite d'un viol, et hospitalisée en psychiatrie durant trois mois. En 1997, elle est de nouveau arrêtée pour consommation et trafic de drogue et emprisonnée durant deux mois. Depuis 2001, elle est en traitement de substitution à la méthadone dans le cadre de la Fondation Phénix. En 1991, elle est hospitalisée en vue d'un sevrage, puis sept autres séjours hospitaliers dans ce but ont suivi. Les diagnostics de la Dresse B_____ sont un trouble de la personnalité borderline versus psychotique, une dépendance à l'héroïne, actuellement stabilisée avec traitement de la méthadone, une dépendance à la cocaïne très forte non résolue et un état dépressif sévère avec risque de décompensation pouvant entraîner un passage à l'acte. 5. Dans un avis médical du 5 décembre 2007, la doctoresse C_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que le rapport de la Dresse B_____ ne décrivait pas de troubles psychologiques dans l'enfance et la préadolescence susceptibles de comprendre la consommation de drogue. Le trouble de la

personnalité et la toxicomanie n'avaient pas empêché l'assurée de préparer et de passer les examens de maturité. Par ailleurs, les constatations objectives relevées par la Dresse B_____ ne rapportaient pas de symptômes de la lignée dépressive tels que décrits dans la classification internationale des maladies mentales CIM-10. L'assurée n'avait pas de traitement antidépresseur et était seulement suivie par un médecin interniste et non pas par un psychiatre. Même si elle avait été hospitalisée pendant trois mois en 1997, cela ne l'avait pas empêchée d'occuper des emplois par la suite. Quant au trouble de la personnalité, il n'était pas d'une gravité suffisante pour être invalidant et n'avait pas empêché l'assurée de travailler jusqu'en 2003. Ainsi, le médecin du SMR a écarté le diagnostic de trouble dépressif sévère émis par la Dresse B_____, tout en considérant que le trouble de la personnalité n'était pas incapacitant, et a conclu que la capacité de travail était entière.![endif]>![if> 6. Le 6 février 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations au motif qu'il ne ressortait pas des documents médicaux qu'elle présentait une pathologie invalidante sur le plan somatique ou psychiatrique.![endif]>![if> 7. A la même date que le projet de décision précité, l'OAI a rendu une décision refusant le droit aux prestations.![endif]>![if> 8. Le 5 mars 2008, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Certes, elle avait travaillé pendant plusieurs années, alors qu'elle était en traitement de méthadone. Toutefois, le dosage avait passé aujourd'hui de 70 à 80mg par jour à 200mg, ce qui l'empêchait d'être très éveillée durant la journée. Elle prenait par ailleurs un antidépresseur, après avoir été traitée par des calmants depuis plus de vingt ans. A cela s'ajoutait un somnifère, dans la mesure où elle était incapable de dormir une nuit entière, se réveillant sept à huit fois par nuit à cause des angoisses et des crises de panique. Depuis 1996, date à laquelle elle avait effectué un long séjour en hôpital psychiatrique et perdu son travail à cause de sa maladie, elle souffrait d'une grave dépression. La moindre démarche administrative et les tâches ménagères étaient devenues très difficiles à effectuer. La prise de responsabilités et la peur de l'échec lui provoquaient des crises de panique, l'empêchant de sortir de chez elle. A cela s'ajoutaient des pertes de mémoire importantes, certainement dues au nombreux médicaments pris depuis des années. Elle présentait également des forts maux de dos, de tête et de la nuque en dépit de la physiothérapie, de l'auriculothérapie et de la réflexologie, ainsi que des antidouleurs et myorelaxants.![endif]>![if> 9. Par courrier du 17 mars 2008, l'OAI a répondu à l'assurée qu'il lui fallait des éléments médicaux nouveaux susceptibles de remettre en question son projet de décision. Cela étant, il lui a octroyé un délai au 2 avril suivant pour lui faire parvenir ces documents. ![endif]>![if> 10. Le 6 mai 2009, l'assurée a été soumise à un examen neuropsychologique qui a mis en évidence un trouble anxio-dépressif, au niveau anamnestique, des latences et un ralentissement psychomoteur, ainsi qu'une chute sensible de la vigilance en fin d'évaluation, sur le plan clinique. L'assurée présentait également des difficultés exécutives restreintes à un défaut d'auto-activation et des performances attentionnelles déficitaires à une batterie informatisée en fin d'évaluation. Ces troubles évoquaient un dysfonctionnement sous-cortico-frontal dont l'étiologie était vraisemblablement multi-déterminée, à savoir possibles séquelles fonctionnelles d'atteintes hépatiques, facteurs toxiques (stupéfiants et médicaments) et troubles thymiques de nature anxio-dépressive.![endif]>![if> 11. Le 28 juin 2012, un nouveau bilan neuropsychologique de l'assurée a été réalisé qui a montré une anxiété importante face à la situation d'examen, notamment pour les épreuves mnésiques, et des symptômes de la lignée dépressive, observés cliniquement et objectivés dans un auto-questionnaire. Sur le plan de

la mémoire épisodique verbale, les performances étaient sévèrement déficitaires dans une tâche avec indigage sémantique. En revanche, les résultats étaient dans la norme dans une seconde épreuve plus complexe (rappel libre à un moment où l'assurée se montrait moins angoissée). Les autres fonctions cognitives étaient préservées. Comparativement au bilan de 2009, une normalisation des capacités attentionnelles et exécutives était constatée. Il n'y avait par conséquent pas de déficit cognitif significatif, les difficultés objectivées à l'une des épreuves mnésiques étant vraisemblablement à mettre en lien avec l'importante anxiété au moment de l'épreuve. ![endif]>![if> 12. Selon le rapport du 22 novembre 2012 des docteurs D_____ et E_____ du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée les a consultés en raison de cervico-brachialgies droites chroniques. Les autres diagnostics étaient un syndrome cervical, une ténosynovite du long chef du biceps et rupture partielle du supra- et infra-épineux à droite, ainsi qu'une probable épicondylite du coude droit et du tunnel carpien. Les douleurs étaient constantes sans horaire particulier et s'étendaient en paracervical droit jusque dans l'épaule droite et dans le membre supérieur. Suite à l'échec de deux infiltrations, il était conseillé à l'assurée de reprendre des séances de physiothérapie active. ![endif]>![if> 13. En mars 2013, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations d'invalidité. ![endif]>![if> 14. Le 8 mars 2013, l'OAI a invité l'assurée à lui faire parvenir les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis sa dernière décision. ![endif]>![if> 15. Le 8 avril 2013, l'assurée a adressé à l'OAI les documents suivants : ![endif]>![if> - un rapport du 3 avril 2013 de la Dresse B_____ certifiant que son état de santé s'est aggravé ; sur le plan somatique elle se plaignait de cervicobrachialgies droites non déficitaires depuis 2009 rendant les activités de la vie quotidienne difficiles et nécessitant une aide ménagère à raison de deux heures par semaine ; à cela s'ajoutaient des troubles du sommeil avec cauchemars, somnolences diurnes, pensées négatives obsédantes quotidiennes avec des troubles de la concentration et de la mémoire et un problème d'estime d'elle-même ; ![endif]>![if> - un rapport du 9 avril 2013 du docteur F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à la Fondation Phénix, certifiant que son état de santé psychique s'était aggravé depuis un an ; en 2011, elle avait présenté plusieurs épisodes hypomaniaques avec euphorie, sentiment de surpuissance, sans avoir consommé de produit stupéfiant, épisodes alternant avec des périodes d'abattement, si bien que le diagnostic de trouble bipolaire de type II a été évoqué ; ![endif]>![if> - le rapport de la doctoresse G_____, neurologue FMH, concluant, sur la base d'une électroneuromyographie (ENMG), à un syndrome du tunnel carpien bilatéral symptomatique, à des douleurs et des dysesthésies des membres inférieurs pouvant évoquer un syndrome des jambes sans repos. ![endif]>![if> 16. Dans son avis du 12 avril 2013, la doctoresse H_____ du SMR a constaté que l'aggravation avait été rendu plausible sur le plan somatique, tout en considérant que la toxicomanie devait être considérée comme primaire en l'absence d'une atteinte psychique préexistante. Il y avait lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande. ![endif]>![if> 17. Dans son rapport du 16 octobre 2013, la Dresse B_____ a émis les diagnostics d'état anxio-dépressif, de cervico-brachialgies droites non déficitaires, de ténosynovite du long chef du biceps et rupture partielle du supra- et infra-épineux droit. Les diagnostics suivants étaient sans effet sur la capacité de travail : gonalgie droite sur lésion de grade III de corne postérieure du ménisque interne, syndrome du tunnel carpien bilatéral, dépendance aux opiacés substituée et dépendance aux benzodiazépines substituée. L'assurée était limitée dans la mobilité de l'épaule droite et présentait des difficultés de concentration dues à son état psychique. L'activité

précédemment exercée n'était plus exigible, en raison des douleurs du membre supérieur droit, la difficulté à porter des classeurs et à manipuler la souris de l'ordinateur. A cela s'ajoutait des difficultés de concentration. La capacité de travail était ainsi nulle.![endif]>![if> 18. Dans son rapport du 29 novembre 2013, la doctoresse I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à la Fondation Phénix, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, d'anxiété généralisée, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de dépendance aux opiacés, syndrome de dépendance, actuellement en régime de substitution, et de dépendance aux benzodiazépines, actuellement en régime de substitution. L'assurée était actuellement abstinent de la cocaïne. L'incapacité de travail était totale depuis 1996 à ce jour. En raison de la labilité émotionnelle importante, des troubles dépressifs récurrents et de l'anxiété massive avec des troubles de la mémoire et de la concentration, la patiente n'était pas capable de maintenir un emploi et d'assurer les fonctions professionnelles dans un milieu de travail classique.![endif]>![if> 19. Dans son avis médical du 29 janvier 2014, la Dresse H_____ du SMR a relevé qu'une toxicomanie primaire avait été retenue, de sorte que le rapport de la Dresse I_____ devait être considéré comme une appréciation différente d'un même état de fait. Par contre, il convenait de déterminer la capacité de travail sur le plan somatique par une expertise.![endif]>![if> 20. Selon le rapport du 9 mai 2014 des Drs D_____ et J_____ du service de rhumatologie des HUG, l'assurée présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite, un syndrome cervical, une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne à droite et une gonarthrose débutante au comportement interne à droite. Les deux infiltrations à l'épaule ayant eu peu d'effet, les médecins lui ont proposé de suivre une véritable physiothérapie active avec renforcement du muscle stabilisateur de la scapula et des abaisseurs de l'humérus, avec l'apprentissage de la protection de la coiffe du rotateur et proprioception à sec et en piscine. Ils lui ont aussi conseillé de s'adresser à la consultation de la douleur aux HUG et de commencer une physiothérapie active de renforcement des quadriceps, pour améliorer les atteintes au genou.![endif]>![if> 21. Dans son expertise du 14 juillet 2014, le docteur K_____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne FMH, a posé les diagnostics de conflit sous-acromial et de tendinite du long chef du biceps chronique à droite, présent depuis 2009, de gonarthrose droite et de syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis 2009. Les diagnostics d'hépatite B et C chronique n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Il y avait des limitations pour lever les épaules au-dessus de l'horizontale, porter et soulever des charges de plus de 5 kg, de monter ou descendre de façon répétée les escaliers et marcher sur plus d'un kilomètre. Dans la profession d'employée de bureau, il n'y avait aucune incapacité de travail d'un point de vue somatique. ![endif]>![if> 22. Dans un avis médical du 11 août 2014, la Dresse H_____ du SMR a considéré que les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec une activité de secrétaire ou d'employée de commerce, de sorte que la capacité de travail était totale dans l'ancienne profession.![endif]>![if> 23. Le 25 novembre 2014, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision de refus de prestations.![endif]>![if> 24. Selon le certificat médical du 17 décembre 2014 de la Dresse I_____, l'assurée est inapte à travailler pour des raisons psychiatriques depuis 1996. ![endif]>![if> 25. Par courrier du 18 décembre 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet. Elle s'est étonnée de la conclusion de l'expertise du Dr K_____, selon laquelle le travail de secrétariat était adapté à ses limitations, dès lors que tous les rhumatologues qu'elle avait consultés depuis quatre ans lui déconseillaient vivement les mouvements répétés, le travail sur ordinateur, ainsi que tous les mouvements

qui accentuaient les douleurs de son épaule et de son bras. Elle s'étonnait également que, alors que sa demande était fondée sur ses problèmes psychiatriques, aucun psychologue ou psychiatre ne l'eût examinée. Elle a relevé à cet égard que son état de santé s'était détérioré suite à un burn-out en 1996 et d'une agression. Depuis dix ans ses médecins lui avaient prescrit un arrêt de travail en raison du trouble psychologique, toutes ses tentatives de reprendre le travail s'étant soldées par des échecs. Elle a ainsi demandé à être vue par le psychiatre-conseil de l'OAI. [endif]>[if> 26. Le 10 février 2015, l'assurée a adressé à l'OAI les rapports du 30 janvier et du 6 février 2015 de la Dresse I_____ respectivement de la Dresse B_____ confirmant les diagnostics précédemment posés, ainsi que l'incapacité de travail. L'assurée avait dû faire appel à l'aide à domicile à de nombreuses reprises depuis des années à cause de sa tendinopathie chronique. Elle avait également bénéficié de l'aide d'une infirmière de la Fondation Phénix (unité mobile) pour l'accompagner à ses rendez-vous, à ses sorties, pour l'ouverture du courrier et pour d'autres situations déclenchant des crises d'anxiété ou de panique. Ces syndromes s'étaient aggravés avec le temps. Actuellement, elle se faisait aider par ses proches pour les courses, le ménage et l'accompagnement, à cause de ses douleurs chroniques et de son instabilité psychique et émotionnelle (peurs incontrôlables, obsessions, sommeil perturbé avec cauchemars, hyper-anxiété...). En dépit de toutes les thérapies qu'elle suivait sur le plan physique et psychique, son état s'était péjoré. Elle avait aujourd'hui perdu toute confiance en elle et était désespérée. [endif]>[if> 27. En annexe à son courrier, l'assurée a également fait parvenir à l'OAI l'attestation du 30 janvier 2015 de Monsieur L_____, physiothérapeute, qui a constaté, en ce qui concerne l'épaule droite, des amplitudes articulaires conservées en passif et en actif et des douleurs lors de la mobilisation contre résistance. La mobilité cervicale était conservée, mais la musculature para-cervicale droite contracturée et douloureuse. La physiothérapie permettait un soulagement des douleurs, mais les bénéfices n'étaient que transitoires. Un travail de renforcement « classique » de l'épaule droite n'était pas possible en raison des douleurs. [endif]>[if> 28. Dans son avis médical du 14 août 2015, le docteur M_____ du SMR a constaté qu'il n'y avait pas une aggravation sur le plan psychique ou physique, de sorte qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR. [endif]>[if> 29. Par décision du 3 septembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision précité. [endif]>[if> 30. Par acte du 9 octobre 2015, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à la constatation de la nullité de la décision du 6 février 2008, à l'annulation de la décision du 3 septembre 2015 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2004, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} août 2013 ou au renvoi de la cause à l'intimé pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. A titre préalable, la recourante a conclu à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée. Elle a reproché en premier lieu à l'intimé d'avoir gravement violé ses droits de partie, en particulier son droit d'être entendue, en rendant le même jour, soit le 6 février 2008, un projet de décision et une décision, ainsi qu'en omettant de transmettre son recours au Tribunal cantonal des assurances sociales, aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. L'intimé avait également violé le principe inquisitoire, en omettant de réaliser une expertise psychiatrique. Cela étant, elle a considéré que la décision du 6 février 2008 devait être considérée comme nulle, le manquement devant être qualifié de particulièrement grave. Il y avait ainsi lieu de considérer que la décision litigieuse s'inscrivait dans le cadre de la première demande de prestations de la recourante. Il ressortait par ailleurs du dossier médical qu'elle souffrait de graves atteintes

psychiques entraînant une invalidité totale. Même en l'absence de consommation de substances, son état de santé ne s'était pas amélioré. 31. A l'appui de ses dires, la recourante a produit le rapport du 7 octobre 2005 [recte 2015] du docteur N_____, psychiatre-psychothérapeute FMH qui suit la patiente depuis le 1^{er} septembre 2015. Il a diagnostiqué un trouble panique avec agoraphobie sévère, un état dépressif moyen à sévère de type chronique, une symptomatologie douloureuse importante sur un fond somatique objectivé, un syndrome de déficit de l'attention avec hyperactivité massive (ci-après : TDAH) et un syndrome de stress post-traumatique avec modification durable de la personnalité. Le TDAH était apparu dans son enfance et caractérisé par des difficultés à garder l'attention et la concentration, une hyperactivité physique et psychique, ainsi qu'une dysrégulation émotionnelle. Pendant son enfance et son adolescence, la recourante avait développé des mécanismes d'adaptation moyennement efficaces qui l'avaient poussée à consommer des substances psycho-actives, dans le cadre d'une très forte anxiété et des difficultés d'apprentissage à l'école. Sa toxicodépendance était ainsi secondaire au TDAH. Le Dr N_____ a à cet égard relevé que certaines drogues, même fortement dysfonctionnelles, pouvaient aider à maintenir la concentration, notamment au début de la consommation, avant que des mécanismes de neuro-adaptation s'installent. Ses consommations avaient permis à la recourante de réguler son déficit neurobiologique et d'apaiser sa symptomatologie anxio-dépressive. En 1996, la recourante avait développé, suite à un viol, un syndrome de stress post-traumatique qui l'avait complètement déstabilisée et empêchée de poursuivre son activité professionnelle. Cela avait entraîné un trouble durable de la personnalité. A cela s'ajoutait que la patiente n'avait jamais suivi un traitement adéquat, étant restée figée sur sa toxicodépendance. Quant au diagnostic TDAH, il avait été établi à l'aide d'un entretien clinique semi-structuré et des tests neuropsychologiques. La capacité de travail était nulle depuis 1996 et ceci de manière définitive, mais l'état clinique de la recourante s'était encore péjoré de manière significative depuis ces dernières années. 32. Le 20 novembre 2015, la recourante a complété son recours et a produit un nouveau bilan neuropsychologique établi en date des 23, 29 et 30 septembre 2015 par Madame O_____, psychologue FSP. Selon le rapport y relatif du 11 novembre 2015, la recourante présente une importante anxiété face aux épreuves attentionnelles informatisées et à une épreuve de mémoire épisodique verbale. L'examen a mis en évidence des difficultés attentionnelles sévères, marquées essentiellement par un ralentissement psychomoteur, des difficultés d'attention sélective et divisée, des fluctuations importantes dans les temps de réponse, associées à une mémoire à court terme verbale et non verbale faible avec un impact sur le raisonnement non verbal. Il y avait aussi un dysfonctionnement exécutif léger à modéré et des difficultés sévères au niveau de la mémoire épisodique verbale. Les autres domaines cognitifs investigués (orientation au trois modes, langage, calcul oral et écrit, praxies constructives et gestuelles, gnosies visuelles) apparaissaient globalement dans les normes. Il y avait ainsi une atteinte cognitive modérée, mais nettement péjorée par rapport au tableau cognitif précédent. Les troubles psychiatriques, notamment la symptomatologie anxio-dépressive, et les troubles du sommeil pourraient expliquer les troubles cognitifs et leur aggravation. Ceux-ci étaient par ailleurs compatibles avec le TDAH présenté par la recourante. Ces difficultés étaient de nature à entraver ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. 33. Dans son avis médical du 13 janvier 2016, le Dr M_____ du SMR a estimé qu'un complément d'instruction était nécessaire au niveau psychiatrique. 34. Dans sa réponse du 2 février 2016, l'intimé a conclu au renvoi du dossier pour instruction

complémentaire, tout en réservant ses conclusions sur le fond, si la chambre de céans ne devait pas donner suite au renvoi.![endif]>![if> 35. Dans sa réplique du 25 février 2016, la recourante s'est opposée au renvoi de son dossier à l'intimé et a conclu, préalablement, à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée.![endif]>![if> 36. Le 8 mars 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au docteur P_____, psychiatre. Elle leur a également communiqué la mission de l'expert.![endif]>![if> 37. Le 6 avril 2016, la recourante s'est opposée à ce que le mandat soit confié au Dr P_____, au motif que celui-ci était régulièrement mandaté par l'intimé. Elle a proposé de nommer à sa place le docteur Q_____, lequel disposait notamment d'une spécialisation en psychiatrie forensique.![endif]>![if> 38. Par écriture du 7 avril 2016, l'intimé a admis que sa décision du 6 février 2008 devait être déclarée nulle, de sorte qu'il y avait lieu de considérer que l'instruction se rapportait à la première demande de la recourante. Pour le surplus, il a persisté dans ses dernières conclusions, tout en s'opposant à ce que l'expertise psychiatrique soit ordonnée dans le cadre de la procédure de recours. Enfin, il n'a pas fait valoir de motif de récusation ni formulé de questions supplémentaires à l'expert.![endif]>![if>

EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;![endif]>![if> Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui

est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

3. En l'espèce, l'intimé admet avec la recourante qu'une expertise psychiatrique est nécessaire. La recourante s'étant opposée au renvoi de la cause à l'intimé, il y a lieu d'ordonner la mise en œuvre de cette expertise dans le cadre de la présente procédure.

4. La recourante s'oppose à ce que la mission soit confiée au Dr P_____, estimant que celui-ci est régulièrement mandaté par l'intimé. Il appert toutefois que cela est inexact, le Dr P_____ étant essentiellement mandaté par la chambre de céans. Il est par ailleurs apprécié pour la qualité de ses expertises. Dès lors que la recourante ne fait valoir aucun motif de récusation formel de l'expert, la chambre de céans maintiendra le choix de celui-ci.

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale. B. La confie au Dr

P_____ C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante

- Prendre connaissance du dossier médical de Madame

A_____ - Examiner personnellement l'expertisée. -

Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance

du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants. - S'adjoindre

tout spécialiste requis au titre de consultant. - Etablir un rapport écrit et

répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ?

2. La toxicodépendance de Mme A_____ résulte-t-elle d'une atteinte à la santé mentale ou psychique avec valeur de maladie et, dans

l'affirmative, de quel trouble psychique ? Toujours dans l'affirmative, cette comorbidité

psychiatrique à l'origine de la dépendance, présente-t-elle un degré de gravité et d'acuité

suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain et est-elle

de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance ou d'y contribuer dans des

proportions considérables ?

3. L'événement survenu en 1996 (viol) a-t-il provoqué une nouvelle atteinte à la santé psychique et entravé les efforts de l'expertisée de

devenir abstinente de substances toxiques ?

4. Est-il exigible que la recourante s'abstienne du traitement de substitution (méthadone) ?

5. Les atteintes psychiques constatées ont-elles été provoquées par les substances toxiques et

disparaîtraient-elles en cas d'abstinence totale, y compris du traitement de

substitution ?

6. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiques diagnostiquées ?

7. Quelle est la capacité de travail de la recourante et depuis quand celle-ci est-elle diminuée ?

8. Quelle serait, selon toute vraisemblance, la capacité de travail de la recourante si elle parvenait à s'abstenir de

toute consommation de drogue, y compris du traitement de substitution ?

9.

Quel est votre pronostic ?!

D. Invite le Dr P_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

F. 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 Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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