

GE_GERICHTE A/3763/2017 vom 14. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3763_2017

FR: GE_GERICHTE A/3763/2017 du 14 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/3763/2017 del 14 maggio 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE Recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1974 et célibataire, a obtenu en 1996 un diplôme d'aide-soignante et a travaillé en cette qualité jusqu'en 2007, en dernier lieu en faisant de l'assistance à domicile sur appel. Elle était au chômage depuis le 1^{er} janvier 2008. ^{2.} Le 19 mars 2007, elle a subi un infarctus et une angioplastie, en raison d'une maladie coronarienne. Le 27 juin 2007, une occlusion au niveau du stent a nécessité une désobstruction, avec pose de stent actif. Le 28 avril 2008 une imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque a montré une ancienne nécrose inférieure. En vue d'une réadaptation cardio-vasculaire, l'intéressée a séjourné ensuite à la clinique de La Linière du 1^{er} au 31 mai 2008, puis a été prise en charge au niveau psychiatrique au centre de thérapie brève (CTB) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 4 au 10 juin 2008. Une coronarographie effectuée le 18 décembre 2008 a montré un spasme sévère de la coronaire droite moyenne (angor de Prinzmetal). La doctoresse B_____, cardiologue FMH, a attesté le 23 décembre 2008 une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 5 janvier 2009. ^{3.} En avril 2009, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de mesures de réadaptation professionnelle, au motif qu'elle ne pouvait plus assumer correctement son travail d'aide-soignante qui était physiquement trop pénible pour son état de santé. ^{4.} Dans son rapport du 28 avril 2009, la Dresse B_____ a déclaré suivre l'assurée depuis 2007 pour une maladie coronarienne. L'état était stable sous traitement classique de la maladie coronarienne et anti-calcique. Un travail physiquement lourd était déconseillé. La limitation du port de charges était de 10 kg. ^{5.} Le 20 mai 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents, une dépendance à l'alcool et au cannabis et un status après infarctus du myocarde en mars 2007. Une fatigabilité importante d'origine mixte (cardiologique et dépressive) persistait. L'incapacité de travail était totale comme aide-soignante. Le rendement était diminué en raison d'une fatigabilité mais on pouvait s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle. ^{6.} Dans son rapport du 27 mai 2009, le docteur D_____, psychiatre-psychothérapeute FMH à la Fondation Phénix, a diagnostiqué un trouble panique, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et des troubles cardio-vasculaires. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a cité une dépendance aux opiacés et à l'alcool. Il suivait la patiente depuis le 12 décembre 2008. Dans l'anamnèse, il a mentionné que le père de l'assurée était décédé lorsqu'elle avait cinq ans. Elle avait commencé la consommation de LSD et cannabis entre treize et seize ans et, par la suite, d'alcool, d'héroïne et de cocaïne. Actuellement, elle avait recommencé à

consommer de l'alcool, de l'héroïne et des benzodiazépines depuis plusieurs mois, raison pour laquelle elle avait été adressée à la Fondation Phénix. Un traitement de morphine et d'antidépresseur a été mis en place. Les symptômes étaient anxiété, insomnie, fatigabilité, tristesse, crise de panique, tachycardies et douleurs. La capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle était nulle. En fonction de l'évolution des troubles physiques et psychiques, il conviendrait de réévaluer sa capacité de travail, afin de démarrer un projet de réinsertion professionnelle à temps partiel. [endif]> [if> 7. Le 29 septembre 2009, le Dr D_____ a constaté que l'état de santé était resté stable, voire même légèrement amélioré. Toutefois, cette amélioration n'était pas suffisamment significative pour permettre à l'assuré d'envisager une réadaptation professionnelle. Tel était également le constat de la Dresse B_____, dans son rapport du 23 octobre 2009 et du Dr C_____, dans son rapport du 23 décembre 2009. [endif]> [if> 8. Le 13 septembre 2010, le Dr D_____ a constaté que l'état s'était aggravé depuis environ six mois. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Une reprise de travail ne pouvait pas être envisagée dans le futur, en raison de la chronicité de ses troubles. L'état dépressif avait passé de moyen à sévère. L'assuré bénéficiait d'une thérapie de soutien et pharmacologique. [endif]> [if> 9. Dans son rapport du 15 mars 2011, la Dresse B_____ a attesté que l'état était resté stationnaire et que, sur le plan cardio-vasculaire, l'assurée pourrait reprendre une activité à temps partiel sans port de charges. [endif]> [if> 10. Du 18 octobre au 14 novembre 2010, l'assurée a séjourné au centre de réadaptation cardio-vasculaire de la clinique La Lignière. Pendant ce séjour, sa capacité fonctionnelle s'était bien améliorée. Par ailleurs, elle avait diminué son tabagisme et n'avait consommé aucune drogue. [endif]> [if> 11. Dans son rapport du 11 mars 2011, le Dr D_____ a certifié un état stationnaire tout en relevant que l'état était fluctuant et allait de pair avec son état cardio-vasculaire. Il ne s'attendait pas à une reprise d'une activité professionnelle, l'état de santé physique et psychique de l'assurée ne le permettant pas. [endif]> [if> 12. En août 2011, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par les docteurs E_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et F_____, cardiologue FMH. Dans leur rapport du 2 décembre 2011, les experts ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'angor de Prinzmetal et de dysfonction ventriculaire gauche modérée sur status après infarctus inféro-postérieur le 18 mars 2007, traité en urgence par angioplastie et pose d'un stent. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné un status post-angioplastie et stent à deux reprises de la coronaire droite en 2008, une obésité, une hyperlipidémie, un épisode dépressif léger sans symptôme somatique depuis début 2008, à caractère chronique, une dysthymie depuis l'adolescence, un trouble panique depuis deux ans environ, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, actuellement sous régime de substitution sous surveillance médicale et utilisation épisodique depuis l'adolescence, à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, utilisation continue depuis au moins trois ans, à l'utilisation d'alcool depuis l'adolescence, actuellement abstinente, et à l'utilisation de dérivés du cannabis depuis l'adolescence, actuellement abstinente. Sur le plan physique, seule une activité sédentaire était envisageable à 50 %. Sur le plan psychique et mental il n'y avait aucune limitation. L'assurée ne pouvait avoir une activité générant des efforts et l'activité d'aide-soignante n'était vraisemblablement pas entièrement adaptée. La capacité de travail était diminuée depuis mars 2007. Par la suite, le degré d'incapacité de travail s'est aggravé. Des mesures

de réadaptation professionnelle étaient envisageables à 50 % et la capacité de travail dans une activité adaptée était également de ce pourcentage. Sur le plan psychique, l'assurée a décrit des crises d'angoisse quotidiennes de quinze minutes environ dès la tombée de la nuit, se manifestant notamment par une augmentation du rythme cardiaque, des bouffées de chaleur, de la peine à respirer, des sifflements d'oreilles et une impression de se sentir comme dans une bulle. Actuellement, elle décrivait ces angoisses comme des débuts de crises qu'elle réussissait à gérer en prenant un calmant et en effectuant des exercices de relaxation. Elle décrivait également une tristesse continue avec des idées noires, voyant la mort comme une délivrance. Par ailleurs, elle se plaignait d'une fatigue morale et physique, de trous de mémoire et de l'attention, de troubles de l'endormissement et de réveils fréquents, ainsi qu'une fatigue au réveil. Elle n'avait plus de plaisir aux activités qui lui procuraient du plaisir auparavant et se repliait sur elle-même, avait perdu son appétit et négligeait son ménage. Elle passait l'essentiel de sa journée devant la télévision, sans problèmes de concentration pour suivre les émissions. Elle jouait aussi à l'ordinateur pendant une heure et demie tous les jours et faisait des jeux de réflexion. Quelques fois par semaine, elle se promenait seule à la campagne pendant une heure et demie, mais avait diminué cette activité depuis cinq à six mois. Elle ne lisait plus depuis trois mois en raison de difficultés de se concentrer. Quant à la gestion administrative, elle l'avait déléguée à son assistante sociale. Au status psychique, l'expert psychiatre a rapporté une bonne hygiène et un comportement collaborant et calme. L'assurée était orientée dans le temps et l'espace et pouvait montrer une capacité d'attention tout au long de l'entretien qui avait duré deux heures, et n'avait montré aucun trouble de mémoire. La mimique était triste par moment et elle a pleuré à plusieurs reprises en évoquant des événements difficiles comme la mort de son père. Il n'y avait pas de signe de ralentissement et d'angoisse ni d'agitation. Dans la synthèse et discussion, les experts ont relevé que l'assurée présentait une symptomatologie cardiaque apparaissant déjà lors d'efforts légers, si bien que toute activité générant un effort n'était pas réalisable. En raison de la fatigabilité (probablement multifactorielle, mais possiblement symptôme secondaire à l'insuffisance cardiaque sur la dysfonction ventriculaire gauche), la capacité de travail était limitée à 50 %. Sur le plan psychique, la symptomatologie dépressive et anxieuse semble s'être exacerbée depuis les problèmes cardiaques, surtout vers la fin de l'année 2007 et était d'intensité fluctuante, sans rémission complète apparente depuis son hospitalisation à La Lignière en mai 2008. Les troubles de la concentration n'avaient pas pu être constatés à l'examen clinique et étaient en contradiction avec ses activités quotidiennes (jeux sur l'ordinateur et émissions télévisées). Il n'y avait pas non plus de signes d'un tableau anxio-dépressif. L'intensité de l'état dépressif et anxieux paraissait actuellement légère. L'assurée était dépendante aux benzodiazépines, dont l'interaction avec l'antidépresseur était susceptible de provoquer une sédation et des troubles mnésiques pouvant expliquer ses plaintes. La symptomatologie d'attaques de panique semble avoir regressé et ne perturbait pas les activités durant la journée. L'expert psychiatre n'a pas retenu de diagnostic de trouble dépressif récurrent, mais de double dépression et de dysthymie compliquée par un épisode dépressif chronique, actuellement d'intensité légère. 13. Dans son avis médical du 6 février 2012, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté, sur la base de l'expertise du CEMed, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de façon durable depuis le 6 décembre 2008, mais de 50 % dans une activité adaptée depuis le 17 août 2011. 14. Le 29 mars 2012, l'assurée a annulé par téléphone le rendez-vous fixé au 3 avril 2012 avec le service de la réadaptation professionnelle de

l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), étant en pleine décompensation et ne se sentant pas apte actuellement à travailler à 50 % dans un métier statique. [endif]>[if> 15. Selon la note téléphonique du 29 mars 2012 de l'OAI avec le Dr D_____, ce dernier a confirmé que l'assurée était en pleine décompensation, souffrant d'un deuil pathologique du décès de son père et de son grand-père. Elle se sentait complètement dépassée par les événements et incapable de trouver les ressources pour faire face, si bien que sa capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée. Tout au plus, elle pourrait avoir une activité de type occupationnel. [endif]>[if> 16. A la même date, le Dr D_____ a attesté que l'assurée n'était pas apte, pour une durée indéterminée, à affronter le programme de réinsertion professionnelle. [endif]>[if> 17. Du 29 au 30 mai 2012, une polysomnographie a été réalisée au Centre de médecine du sommeil et de l'éveil. Cet examen s'est révélé anormal avec une insomnie d'endormissement et de maintien du sommeil, sans facteur déclenchant décelable. Le sommeil était déstructuré et sans sommeil lent profond avec une nette diminution du sommeil paradoxal. Un syndrome d'apnées/hypopnées obstructives a été exclu. Par ailleurs, les résultats des tests de Beck pour la dépression et de Spielberger pour l'anxiété étaient très élevés. [endif]>[if> 18. Du 9 au 29 juillet 2012, l'assurée a séjourné au centre de réadaptation cardio-vasculaire de la clinique La Lignière. Dans le rapport de cette clinique adressé à la Dresse B_____ le 10 août 2012, il est indiqué que le programme de réadaptation cardio-vasculaire avait été bien suivi sans apparition de signes d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou d'angor, à l'exception de quelques extrasystoles ventriculaires isolés. La capacité fonctionnelle était faible. L'assurée avait par ailleurs stoppé son tabagisme à la sortie depuis deux semaines.[endif]>[if> 19. Lors d'un entretien téléphonique du 18 février 2013 avec l'OAI, la Dresse B_____ a indiqué que le problème principal n'était pas d'ordre cardiologique. De ce point de vue, l'assurée était toujours capable d'exercer une activité adaptée à 50 %. La situation était inchangée du point de vue cardiologique.[endif]>[if> 20. Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI en date du 19 février 2013, le Dr D_____ l'a informé que l'assurée n'allait toujours pas mieux. L'intensité de la pathologie psychiatrique était devenue sévère. [endif]>[if> 21. Dans un rapport du 25 février 2013, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis environ une année. Un diagnostic supplémentaire s'était ajouté sous la forme d'un déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) qui avait apparu dans son enfance, mais n'avait jamais été diagnostiqué. Ce trouble pouvait être à la base du développement et du maintien de sa toxicodépendance. Les symptômes actuels étaient angoisse, tristesse, manque de concentration, labilité émotionnelle, idéation suicidaire sans projet et dévalorisation. Le traitement consistait en psychothérapie hebdomadaire et traitement psychopharmacologique. La capacité de travail était nulle et on ne pouvait pas envisager une reprise. [endif]>[if> 22. Dans son rapport du 23 octobre 2013, le Dr D_____ a précisé qu'il suivait l'assurée pour une pathologie psychiatrique chronique et lourde depuis 2009 qui existait depuis son adolescence et dont les conduites addictives n'étaient qu'une conséquence des troubles psychiatriques primaires de type TDAH et d'une succession d'événements traumatiques multiples, tel que le décès prématuré de son père et un deuil pathologique subséquent. Elle avait également vécu d'autres situations de maltraitance de « genre » avec des séquelles post-traumatiques. Le TDAH provoquait non seulement des difficultés à garder son attention et sa concentration, une hyperactivité physique et psychique, ainsi qu'une dysrégulation émotionnelle, mais aussi une vulnérabilité accrue aux événements traumatiques. En raison de la pathologie cardio-vasculaire, un traitement du

TDAH par méthylphénidate était cependant contre-indiqué. En ce moment, elle consommait régulièrement de l'héroïne dans un but auto-thérapeutique. Le psychiatre a posé les diagnostics de troubles hyperkinétiques avec perturbations de l'activité et de l'attention, de dépression majeure sévère, de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, de modification de la personnalité après un deuil, de syndrome de dépendance aux opiacés, régime de substitution sous surveillance médicale et consommation actuelle, et aux sédatifs, régime de substitution sous surveillance médicale et consommation actuelle. La capacité de travail était nulle dans toute activité de façon définitive. ![/endif]>![if> 23. Selon la note de travail relative à un entretien du 24 octobre 2013 entre l'assurée et l'OAI, celle-ci disait être dans un état catastrophique et qu'elle n'avait pas réussi à s'abstenir de drogues à cause de grosses crises d'angoisse. Rien qu'à l'idée de venir à l'entretien, elle paniquait. Elle se sentait incapable d'avoir une quelconque activité, même occupationnelle. La mort de son père, les coups et le viol par son copain étaient des moments traumatisants. Elle se scarifiait, se faisait du mal et se demandait pourquoi vivre.![endif]>![if> 24. Le 13 novembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'une orientation professionnelle auprès de l'entreprise Pro du 17 novembre 2014 au 27 février 2015 à 50 %. Par communication du 24 mars 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une prolongation de la mesure jusqu'au 31 mai 2015, compte tenu de ses nombreuses absences lors du stage. ![/endif]>![if> 25. Du rapport d'évaluation de Pro du 20 mars 2015 ressort que l'assurée s'était accrochée pour suivre la mesure, mais semblait dépassée par sa situation qui était devenue de plus en plus difficile dès la fin de l'année 2014, avec un taux d'absentéisme important pour l'année 2015. Sur le plan physique et psychique, l'assurée éprouvait de nombreuses difficultés (perte de concentration, port de charges peu lourdes, grande variabilité du rythme de travail, fatigue visible, relationnel tendu parfois difficile). Actuellement, l'assurée ne pouvait travailler dans l'économie traditionnelle et les chances de succès d'une réadaptation étaient faibles.![endif]>![if> 26. Dans son rapport du 27 avril 2015, Pro a constaté que l'assurée n'avait pas réussi à poursuivre la mesure. Malgré ses espérances et ses efforts, elle avait reconnu que ses problèmes étaient trop présents pour résoudre des points tels que l'absentéisme, le relationnel, la persévérance et l'équilibre émotionnel. ![/endif]>![if> 27. Dans son avis médical du 13 août 2015, le docteur G_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a pris note que, selon les responsables des EPI (recte Pro), l'assurée n'était pas en état de tenir son poste. En l'absence d'information médicale nouvelle, il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions précédentes et de considérer que la capacité de travail était de 50%.![endif]>![if> 28. Selon la note de travail du 28 septembre 2016 relative à un entretien de l'OAI avec une enquêtrice chargée d'évaluer les limitations dans le ménage, celle-ci s'était rendue au domicile de l'assurée. Cette dernière souffrait depuis l'âge de douze ans de toxicomanie, puis d'une dépendance aux opiacés et à l'alcool, avec de gros troubles du comportement, des crises d'angoisse, des automutilations et une dépression sévère. Elle avait un problème cardiaque depuis 2008 avec des limitations physiques également et son état psychique s'était aggravé suite à ses problèmes cardiaques. Elle avait travaillé à 100 % durant certaines périodes de sa vie et également à temps partiel. À d'autres périodes, elle avait été au chômage avec des gains intermédiaires. Il ressortait de son parcours de vie qu'elle avait toujours dû quitter ses emplois à cause de comportements inadéquats, comme pleurs devant les malades/résidents par exemple. Elle était aidée par l'Hospice général depuis 2009, vivait seule, sans amis ni famille soutenant, hormis sa mère avec laquelle elle était cependant en conflit. Les

éléments récoltés allaient dans le sens d'un statut d'actif à 100 %. !endif]>[if> 29. Le 5 octobre 2016, l'OAI a déterminé la perte de gain de l'assurée dans une activité adaptée à 50 % à 59,92 %. !endif]>[if> 30. Le 21 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer un trois-quarts de rente à l'issue du délai de carence légal, soit dès le 1^{er} janvier 2009. !endif]>[if> 31. Par courrier du 8 novembre 2016, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision au motif qu'elle n'était pas en mesure de travailler à cause de ses importants problèmes de santé. Elle avait essayé d'effectuer un stage chez Pro, lequel avait dû être prolongé en raison de ses absences fréquentes pour des problèmes cardiaques. Puis, le stage avait été suspendu à la demande de la psychologue, Madame H_____, car elle était instable et trop souvent absente. !endif]>[if> 32. Dans son rapport du 11 novembre 2016, le Dr D_____ a notamment indiqué que l'assurée avait certes travaillé pendant une certaine période de sa vie, mais que son parcours professionnel avait été jalonné d'absences, d'arrêts de maladie et d'un désinvestissement progressif jusqu'à l'arrêt définitif de son activité. !endif]>[if> 33. Dans son avis médical du 6 février 2017, le Dr G_____ du SMR a constaté que le Dr D_____ ne faisait état d'aucune dégradation de l'état psychique depuis l'évaluation par les experts si bien qu'il n'y avait aucun élément médical permettant de s'écarter des évaluations précédentes. !endif]>[if> 34. Le 23 février 2017, une nouvelle coronarographie a été réalisée et, le 29 mars 2017, un examen PET/CT (Positron Emission Tomography – Computed tomography). Dans un certificat médical du 29 juillet 2015, la Dresse B_____ a constaté, sur la base de ces nouveaux examens, que l'assurée présentait une maladie coronarienne sévère avec spasme coronarien (Angor de Prinzmetal), une extrasystolie ventriculaire symptomatique, surtout lors des efforts physiques, et un stress psychologique. !endif]>[if> 35. Par décision du 10 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision précédent. !endif]>[if> 36. Par acte du 14 septembre 2017, l'assurée a formé recours cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Sur la base des rapports des Drs B_____ et D_____, elle a fait pour l'essentiel valoir que sa capacité de travail était nulle. A l'appui de son recours, elle a notamment produit le rapport du 5 septembre 2017 du Dr D_____, lequel reprenait pour l'essentiel les termes de ses derniers rapports. !endif]>[if> 37. Dans son avis médical du 6 octobre 2017, le Dr G_____ du SMR a constaté que le nouveau bilan cardiaque était tout à fait comparable à celui de 2012, ce qui confirmait la stabilité des atteintes. Quant au Dr D_____, ses rapports étaient identiques à ses multiples courriers précédents et n'apportaient aucun argument nouveau permettant de remettre en question les conclusions précédentes. Il ne fournissait notamment pas de justification aux diagnostics retenus et insistait sur des facteurs psychosociaux. !endif]>[if> 38. Dans sa réponse du 10 octobre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'avis du SMR précité. !endif]>[if> 39. Dans sa réplique du 10 novembre 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ainsi que son audition et celle du Dr D_____. !endif]>[if> 40. Par courrier du 29 mars 2018, 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 Professeur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, conjointement avec Madame J_____, psychologue. Elle leur a également communiqué la liste des questions aux experts. !endif]>[if> 41. Dans son avis médical du 4 avril 2018, le Dr G_____ a indiqué ne pas comprendre l'utilité d'une nouvelle expertise, mais qu'il ne voyait pas de raison de s'y opposer, ni au choix des experts ni à leur mission. !endif]>[if> 42. Par écriture du 4 avril 2018, l'intimé s'est opposé à la mise en

œuvre d'une nouvelle expertise, aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré n'ayant été apporté par la recourante dans le cadre de la procédure judiciaire. Pour le surplus, il ne s'est pas opposé au choix des experts pressentis et leur mission.!

43. Par écriture du 27 avril 2018, la recourante a fait savoir à la chambre de céans que, selon le Dr D_____, il serait nécessaire que l'expert disposât d'une spécialité en addictologie, si bien qu'il serait préférable que l'expert fût nommé parmi les médecins du service d'addictologie des HUG. Un médecin ou un psychologue spécialisé dans ce domaine serait également mieux à même d'appréhender les affections de la recourante en lien avec l'hyperactivité et la psychotraumatologie. Partant, la recourante s'est opposée au choix de l'expert.!

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) ;! 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. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.!

3. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise en

août 2011 au CEMed, laquelle a conclu à une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée. Par la suite, l'état de santé de la recourante s'est aggravé, comme cela ressort des multiples rapports du Dr D_____ dès 2012, selon lesquels la capacité de travail est nulle. Par ailleurs, une polysomnographie réalisée en mai 2012 met en évidence un sommeil déstructuré sans sommeil lent profond et avec une nette diminution du sommeil paradoxal, tout en excluant un syndrome d'apnées/hypopnées obstructives. En outre, les scores des tests de Beck pour la dépression et de Spielberger pour l'anxiété sont très élevés. Une orientation professionnelle organisée par l'intimé fin 2014/début 2015 échoue. Dans son rapport du 20 mars 2015, Pro relève un taux d'absentéisme important pour 2015 et que la recourante éprouve de nombreuses difficultés consistant en perte de concentration, port de charges peu lourdes, grande variabilité du rythme de travail, fatigue visible, rapport relationnel tendu et parfois difficile. Selon cette entreprise, la recourante ne peut travailler dans l'économie traditionnelle et les chances de succès d'une réadaptation sont faibles. Au demeurant, la recourante a fait des efforts pendant ce stage, comme c'est relevé dans le rapport du 27 avril 2015 de Pro. A l'étude du dossier, il appert que l'intimé n'a jamais pris en considération l'aggravation de l'état de santé de la recourante après l'expertise du CEMed. Le SMR ne s'est notamment pas prononcé sur cette aggravation annoncée par le Dr D_____. Seule une mesure d'orientation professionnelle est mise en place, laquelle se solde toutefois par un échec. Néanmoins, le SMR fait état de façon surprenante, dans son avis médical du 13 août 2015, qu'il n'y a aucune information médicale nouvelle et, dans son avis du 6 février 2017, que le Dr D_____ ne mentionne aucune dégradation de l'état psychique. Il est également à rappeler que lorsque l'appréciation des organes d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il est nécessaire de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (SVR 2011 IV n° 6 p. 17). En l'occurrence, l'intimé a omis de le faire, alors même que Pro considère que la capacité de travail est nulle et les experts du CEMed qu'elle est de 50%. Enfin, l'expertise du CEMed avait déjà six ans au moment où l'intimé a pris sa décision, si bien qu'il s'agit d'un document médical ancien qu'il faut mettre à jour. Cela étant, il appert nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire. 4. En ce qui concerne le choix des experts, la recourante s'oppose au choix du Prof. I_____ et de Mme J_____, au motif que ces personnes ne disposent pas d'une spécialité en addictologie. Toutefois, en l'espèce, aucun médecin n'a retenu que la recourante ne serait pas capable de travailler à cause de ses problèmes de dépendance à des substances toxiques. Ainsi, le Dr D_____ retient, dans son rapport du 27 mai 2009, que la dépendance aux opiacés et à l'alcool est sans effet sur la capacité de travail. Les experts du CEMed en font de même. L'addiction de la recourante n'étant pas au premier plan, la chambre de céans ne voit aucune raison de ne pas confier le mandat d'expertise au Prof. I_____ et à Mme J_____.