

GE_GERICHTE A/675/2014 vom 31. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_675_2014

FR: GE_GERICHTE A/675/2014 du 31 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE A/675/2014 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 2

Le 7 octobre 1997, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, pour cause de dépression. Dans un rapport médical du 19 février 1999, son psychiatre d'alors, le docteur D_____, a indiqué que l'assurée avait besoin d'un traitement médico-psychiatrique depuis 1997 et qu'elle avait une totale incapacité de travail à partir du 23 octobre 1997, pour une durée alors indéterminée. Répondant le 22 octobre 1999 à l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), ledit psychiatre a indiqué que l'assurée présentait un trouble psychique depuis 1995, posant le diagnostic CIM-10 de dysfonctionnement neuro-végétatif dans la sphère gastro-intestinale (F45.3) et de syndrome dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Elle souffrait depuis deux ans de vomissements, d'irritabilité, de mal-être, de céphalées, de difficultés de concentration, de tristesse et d'insomnie. Des particularités comportementales de nature familiale, en tant qu'elle est fille et sœur de prostituées, jouaient un rôle dans son affection ; ses troubles psychiques étaient induits par le milieu défavorable dans lequel elle vivait, mais l'on pouvait penser qu'ils puissent disparaître ou fortement s'atténuer en cas de modification de ces circonstances. Son incapacité de travail, estimée à 100%, n'était due que de façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles, mais bien principalement à son atteinte à la santé. Une mise en valeur de sa capacité de travail était raisonnablement exigible, mais son affection affectait sa capacité de travail pour une longue durée. Aucune possibilité thérapeutique n'existait de modifier sa capacité de travail, mais une insertion professionnelle apparaissait possible, un effort raisonnable de sa part étant exigible pour qu'elle travaille à mi-temps dans une nouvelle activité.

E. 3

Dans une note des 28 février et 3 mars 2000, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin de l'assurance-invalidité, a estimé qu'un réentrainement à l'effort et une mise à niveau semblaient indispensables, si bien qu'il a conclu qu'il fallait prévoir un reclassement professionnel et, en cas d'échec, une expertise psychiatrique.

E. 4

Dans un rapport du 1er septembre 2000 de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, la psychologue F_____ a relevé que le comportement et le discours de l'assuré relevaient de la personnalité immature (point relevé par le Dr D_____) et qu'elle souffrait également d'une dépression avec syndrome somatique. Un stage d'observation dans une boutique de vêtements de G_____ femmes avait échoué au bout de trois après-midi de travail, mais le Dr D_____ estimait, d'après un contact téléphonique du 1er septembre 2000, que l'assurée pourrait travailler à mi-temps dans une activité simple même si elle ne s'en sentait pas le courage. Une évaluation avait alors été faite de sa capacité de travail dans

une activité susceptible raisonnablement d'être exigée de l'assurée, comme l'activité de vendeuse à mi-temps, dans lequel le salaire minimal d'une vendeuse sans certificat fédéral de capacité serait en 2000 de CHF 35'360.- à 100%, donc de CHF 17'680.- à 50%. Le seul travail que l'assurée avait effectué entre 1974 et 1976, soit celui d'aide-commise au Crédit Suisse, lui avait rapporté à l'époque entre CHF 14'626.- et CHF 20'900.- par année, et permettrait en 2000 de réaliser un salaire minimal de CHF 40'628.- par année. La perte de gain théorique était ainsi de CHF 22'948.- par année, donnant un taux d'invalidité de 56% ($[\text{CHF } 22'948.- / \text{CHF } 40'628.-] \times 100 = 56,48\%$).

E. 5

Le 20 octobre 2000, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 56% depuis le 23 octobre 1998 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année), pour une durée illimitée, une révision de la rente devant être prévue en date du 31 octobre 2003. A teneur d'une décision du 7 février 2001, cette demi-rente d'invalidité représentait dès février 2001 un montant mensuel de CHF 743.-.

E. 6

Le 17 février 2004, l'OAI a initié une procédure de révision du droit à la rente de l'assurée.

E. 7

Selon un rapport médical intermédiaire du 8 avril 2004 du Dr D_____, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2002, il n'y avait pas de changement dans les diagnostics posés, le pronostic d'une mesure thérapeutique sous forme de psychothérapie était médiocre, l'assurée bénéficiait d'une psychothérapie de soutien, mais une reprise de travail n'était possible ni dans l'immédiat ni ultérieurement, et un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de son atteinte à la santé sur la capacité de travail.

E. 8

Dans un avis médical du 21 juillet 2004, le docteur H_____ du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a relevé que l'expertise psychiatrique préconisée en 2000 n'avait jamais été effectuée et que le psychiatre-traitant n'expliquait ni les causes ni les conséquences sur l'état psychique de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, qui ne bénéficiait que d'un soutien psychique sans médication. Le dossier ne comportait ainsi pas d'élément permettant d'attester d'une atteinte à la santé psychique, ni d'élément décrivant une aggravation. Le SMR a suggéré de mandater le docteur I_____, psychiatre FMH à Genève, aux fins d'expertise afin de déterminer quelles étaient les limitations fonctionnelles de l'assurée, quelle était sa capacité de travail exigible, le cas échéant depuis quand, s'il y avait eu modification de son état de santé ces dernières années, le cas échéant à quelle période, s'il existait des troubles de la personnalité et si ces derniers limitaient l'assurée dans l'exercice d'une profession. L'OAI a donc requis une expertise psychiatrique de l'assurée, ainsi qu'il en a informé cette dernière par une communication du 7 septembre 2004.

E. 9

Dans son rapport d'expertise du 27 novembre 2004, le Dr I_____, sur la base du dossier médical et de deux entretiens avec l'assurée, a établi l'anamnèse professionnelle et sociale de cette dernière, relaté l'évolution de sa maladie et le résultat des thérapies entreprises, recueilli des données anamnestiques sans relation directe avec l'affection de l'assurée, s'est

enquis des plaintes et données subjectives de l'assurée. Il a émis l'appréciation, en résumé, que la désorganisation familiale consécutive au divorce des parents de l'assurée avait entraîné une rupture des liens parentaux avec l'un puis l'autre parent pendant des périodes de temps conséquentes, et que cela pouvait éclairer sur la structure abandonnique de l'assurée et expliquer son trouble affectif récurrent de l'âge adulte, mais que le retentissement de la dislocation familiale n'avait pas eu la même portée tout au long de son enfance, et qu'à l'âge adulte, l'assurée n'avait pas vécu d'évènement de vie susceptible d'avoir perturbé son équilibre psychique, et que sa symptomatologie ne l'empêchait pas d'accomplir son activité professionnelle de péripatéticienne. Ledit expert observait chez l'assurée une capacité de travail normale, sans limitation de rendement et exigible, admettant cependant une possible limite fonctionnelle d'asthénie à l'effort. Pour résoudre la problématique chronique de ce manque d'énergie associé à la dépression, il fallait normaliser son sommeil et ses autres symptômes comme l'anxiété par l'administration d'un antidépresseur, avec un effet bénéfique attendu au bout de deux mois de traitement. Ledit expert a estimé qu'on pouvait considérer que l'assurée avait souffert d'un trouble dépressif d'intensité moyenne entraînant une incapacité de travail de 20% au moins jusqu'au dernier rapport médical intermédiaire du 8 avril 2004 du Dr D _____, et qu'une amélioration était observable, amenant à une incapacité de travail de 0%, d'avril à octobre 2004. Des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables dès l'instant que l'assurée y verrait un intérêt, par exemple en cas d'arrêt de sa profession de péripatéticienne. Un plan de réadaptation devrait tenir compte de la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, de l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social et de la mobilisation des ressources existantes. Sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales (prise de psychotropes et intensification de la psychothérapie), ces mesures devant permettre à l'assurée de mieux appréhender la gestion de son temps et secondairement de faire face à l'extension de son temps de travail. D'autres activités étaient exigibles de la part de l'assurée que son activité alors exercée.

E. 10

Le 4 janvier 2005, le Dr H _____ du SMR a relevé qu'à teneur du rapport d'expertise psychiatrique du Dr I _____, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, en épisode alors léger, sans syndrome somatique, et qu'elle n'avait pas de trouble de la personnalité limitant sa capacité de travail, mais une accentuation de certains traits de personnalité obsessionnelle. Cet état dépressif alors léger ne réduisait pas la capacité de travail de l'assurée, complète dans son activité habituelle. Elle avait une certaine fragilité avec une asthénie à l'effort, devant encore être améliorée. Un traitement antidépresseur léger pourrait améliorer les quelques symptômes restant, avec un effet attendu en l'espace de deux mois. En résumé, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité professionnelle depuis l'été 2004, et la poursuite d'un soutien psychique et/ou d'une médication légère étaient exigibles afin de maintenir la thymie à l'état d'alors.

E. 11

Par une décision du 9 mai 2005 rendue dans le cadre de la révision du droit de l'assuré à une rente d'invalidité, l'OAI a retenu que l'assurée ne présentait plus de limitations de sa capacité de travail au plan psychique et mental, qu'une reprise d'activité professionnelle dans toute activité était exigible depuis l'été 2004 et qu'il ne subsistait plus d'incapacité de gain liée à une atteinte à la santé, si bien que son droit à la rente devait être supprimé. Sa décision était donc de supprimer son droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois

qui suivait la notification de cette décision. L'assurée n'a pas formé d'opposition à l'encontre de cette décision.

E. 12

Le 5 mars 2013, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant référence, concernant une atteinte à la santé, à un rapport médical de la psychiatre et psychothérapeute J_____.

E. 13

A teneur d'un rapport du 17 avril 2013 de la Dresse J_____, qui suivait l'assurée depuis août 2012, cette dernière avait, entre 2005 et 2012, poursuivi son activité de prostituée à domicile de façon régulière, puis peu soutenue et sporadique, et avait arrêté cette activité définitivement en mai 2012. Elle bénéficiait de prestations d'aide de l'Hospice général. Elle n'avait plus eu de suivi psychiatrique jusqu'en 2012. Ladite psychiatre posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, de dysfonctionnement neuro-végétatif de la sphère gastro-intestinale, de troubles de la personnalité mixte avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels, et une suspicion d'un retard mental léger. Le pronostic était médiocre, le suivi psychiatrique en cours pouvant être poursuivi mais sans qu'on puisse en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assurée en raison du faible potentiel d'évolution de cette dernière. L'état psychique et le fonctionnement de l'assurée s'étaient aggravés depuis 2005, et sa capacité de travail s'en trouvait très diminuée de façon durable.

E. 14

Le 6 mai 2013, le docteur K_____ du SMR a estimé qu'il était nécessaire de demander à la Dresse J_____ un rapport médical initial, bien que la description que celle-ci avait faite de l'état de santé de l'assurée dans le courrier précité ne montrait pas de signe de sévérité de l'état psychique de l'assurée.

E. 15

Dans un rapport du 20 mai 2013, la Dresse J_____ a posé les diagnostics psychiatriques avec effet sur la capacité de travail de l'assurée de trouble dépressif récurrent (F33) depuis 1998 au moins, de dysfonctionnement neuro-végétatif de la sphère gastro-intestinale (K59) depuis 1998 au moins, de troubles mixte de la personnalité avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels (F61) depuis le début de l'âge adulte et de suspicion de retard mental léger (F70) depuis l'enfance le cas échéant. Elle a retracé l'anamnèse de l'assurée et décrit son status actuel. Elle a indiqué qu'il y avait indication d'un suivi psychiatrique, mais que le pronostic était médiocre, une nette amélioration de son état de santé étant peu probable en raison du faible potentiel d'évolution de l'assurée. Ses fonctions supérieures étaient diminuées, à savoir que son intelligence était perçue comme cliniquement faible, sa concentration et son attention comme défaillantes, sa mémoire a priori comme fiable mais lente, sa capacité de compréhension comme limitée pour des notions abstraites ou des sujets légèrement complexes. Sa capacité d'adaptation était inexistante, et sa résistance était faible. Son état psychique était dysfonctionnel, ses plaintes somato-psychiques (anxiété majeure et désorganisatrice, phobies diverses, douleurs digestives quotidiennes) étaient compatibles avec un mode de vie restreint, routinier et ritualisé. Il n'y avait pas de restriction physique. Lors d'un contact téléphonique avec l'OAI, la Dresse J_____ a indiqué n'avoir pas de pièces médicales complémentaires à adresser audit office.

E. 16

Dans un avis médical du 29 novembre 2013, le Dr K_____ du SMR a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément permettant de retenir une aggravation de l'état psychique de l'assurée.

E. 17

Dans un projet de décision du 6 décembre 2013, l'OAI faisant référence à l'avis du SMR, a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté globalement le même que celui qui prévalait en 2005, lorsque son droit à une rente d'invalidité avait été supprimé, et donc que l'assurée ne présentait pas d'invalidité, si bien qu'il rejetterait sa demande de prestations.

E. 18

Le 18 décembre 2013, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle formulait objection à l'encontre de ce projet de décision, en indiquant que l'OAI lui avait supprimé quelques années plus tôt la rente dont elle disposait alors que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il se justifiait de maintenir sa rente, et que son état de santé actuel était très mauvais et s'était même aggravé, ainsi que sa psychiatre-traitante l'avait indiqué.

E. 19

Par une décision du 31 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 11 mars 2013, l'état de santé de l'assurée étant resté globalement le même que celui qui prévalait en 2005, et son invalidité étant toujours nulle au sens de la LAI.

E. 20

Le 5 mars 2014, l'assurée, désormais assistée d'un avocat, a recouru contre cette décision de l'OAI. Elle a allégué que, depuis la suppression de son droit à une demi-rente d'invalidité en 2005, son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle n'avait en réalité jamais été capable de travailler à 100% depuis lors, n'ayant poursuivi son activité qu'à temps très partiel comme péripatéticienne à son domicile, et que, depuis 2012, son état de santé s'était particulièrement aggravé au point qu'elle avait dû cesser toute activité comme péripatéticienne, et que sa psychiatre-traitante faisant mention de plusieurs diagnostics psychiatriques avec effet sur sa capacité de travail en sus du trouble dépressif récurrent et du dysfonctionnement neuro-végétatif de la sphère gastro-intestinale, notamment un trouble mixte de la personnalité avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels. Ces éléments n'avaient pas été pris en compte par l'OAI, qui n'avait pas entrepris d'investigation pour évaluer l'état de santé de l'assurée, refusant de soumettre l'avis médical de la Dresse J_____ à un expert en psychiatrie. Admettant que la décision de suppression de rente du 9 mai 2005 était entrée en force, faute d'avoir été contestée à l'époque, elle a insisté sur l'aggravation de son état de santé psychique depuis 2012, attestée par la nécessité de poursuivre une psychothérapie régulière. Elle souffrait également de divers autres troubles de la personnalité mixte, invalidants depuis quelques années. Sa demande de rente d'invalidité remontant à mars 2013, elle estimait avoir le droit à une rente d'invalidité dès le 1er octobre 2013. Dans un complément de recours du 1er avril 2014, l'assuré n'a fait en réalité que de résumer et de répéter les griefs émis dans son recours, dans lequel elle a déclaré persister intégralement.

E. 21

Le 8 mai 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'assurée n'ayant pas établi de façon plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits à des prestations de l'AI, et que l'instruction menée suite à sa nouvelle demande de prestations de

l'AI n'avait pas permis d'objectiver une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force.

E. 22

Le 6 juin 2014, l'assurée a objecté qu'en fait aucune instruction n'avait été menée par l'OAI, seules deux avis médicaux ayant été émis par le médecin de l'OAI, n'ayant pas qualité d'expert en psychiatrie. Sa psychiatre-traitante estimait que son état de santé s'était rigidifié et péjoré depuis l'expertise psychiatrique rendue dix ans plus tôt, dans le contexte de laquelle elle s'était au demeurant braquée, état symptomatique de sa pathologie, si bien que ladite expertise de 2004 ne pouvait pas à elle seule attester de l'évolution de son état psychique de 2004 à 2014. Sa psychiatre-traitante préconisait un examen psychométrique afin d'évaluer son état neuropsychologique, et elle estimait son incapacité de travail à 100%. Il fallait procéder à l'audition de sa psychiatre-traitante et à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique indépendante.

E. 23

Répondant à une demande de renseignements de la chambre de céans, la Dresse J_____ a indiqué, le 13 juin 2014 : - que le trouble dépressif récurrent de l'assurée, présent depuis 1998 au moins, était en l'état d'intensité modérée à sévère ; - que les symptômes dépressifs observés en l'état étaient la tristesse, la tendance à l'isolement (vie sociale réduite au minimum et fortement ritualisée, peur des gens...) abattement, irritabilité, sentiment d'avenir bouché, culpabilité excessive, angoisses de nature multiple ; - que depuis le début de la prise en charge de l'assurée en août 2012, elle n'avait pas observé d'amélioration ni d'aggravation de l'état psychique de l'assurée, resté pathologique et inchangé de façon chronique, que le traitement en cours consistait en un suivi psychiatrique associant des entretiens psychothérapeutiques (environ une fois par mois) et un traitement antidépresseur phytothérapeutique, l'assurée refusant tout médicament allopathique ; - qu'elle posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, état dépressif actuel d'intensité moyenne à sévère, de dysfonctionnement neuro-végétatif de la sphère gastro-intestinale et de troubles mixtes de la personnalité avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels, son évaluation diagnostique de l'assurée différant ainsi de celle faite en 2004 par l'expert I_____ ; l'état thymique de l'assurée s'était semble-t-il aggravé en raison de facteurs sociaux (précarité professionnelle) et affectif (mode de vie en vase clos pathogène avec son fils également atteint de troubles mentaux, conflit avec une mère dévalorisante et culpabilisante mais son seul lien familial existant), et le tableau clinique s'était aggravé par la présence d'un trouble de la personnalité non retenu à l'époque par l'expert alors qu'il était pourtant bien présent mais moins facile à détecter dans le cadre d'une expertise en raison du peu d'entretiens et d'un certain manque de collaboration de l'assurée au cours de cette expertise, menée par un homme par lequel elle s'était sentie jugée en raison de son activité de péripatéticienne. La symptomatologie chronique de l'assurée diminuait sa capacité de travail, à savoir son discours abondant, éparpillé, confus, exubérant et angoissé, son comportement inapproprié en situation sociale nouvelle (évitement phobique, tendance à l'interprétativité et à la persécution), ses raisonnements et attitudes fréquemment infantiles et inadéquats, ses angoisses désorganisatrices (claustrophobie, cancérophobie, peur des étrangers, anticipation catastrophique généralisée...), et ses compétences faibles et capacités d'apprentissage et d'adaptation très limitées. Ce status mental pathologique et chronique, peu amélioré par le traitement en cours, était de nature à altérer fortement la capacité de travail de l'assurée.

E. 24

Par un courrier du 3 août 2014, la Dresse J_____ a précisé qu'un examen psychométrique de l'assurée était indiqué, en tant qu'il permettait d'évaluer son quotient intellectuel (suspicion d'un retard mental léger à l'examen clinique), ses fonctions cognitives (vigilance, concentration, attention, mémoire) et ses fonctions exécutives (planification, organisation, élaboration de stratégies, gestion du temps et de l'espace). Ce type d'examen permettait d'objectiver et de quantifier des troubles psychiques présents à l'examen clinique, de confirmer ou infirmer certains diagnostics, et d'affiner la prise en charge médicale ainsi que l'orientation professionnelle en cas de limitations ou de perturbations notables des fonctions supérieures.

E. 25

Par courrier du 9 octobre 2014, la chambre de céans a informé les parties de son intention d'ordonner une mission d'expertise psychiatrique au Dr L_____, psychiatre, et leur a soumis un projet de mission d'expertise.

E. 26

Respectivement par courrier du 21 et du 30 octobre 2014, l'OAI et l'assurée ont indiqué à la chambre de céans n'avoir pas de motif de récusation de l'expert pressenti ni d'observations à formuler sur les questions de la mission d'expertise ; l'assurée a cependant suggéré que l'expert se prononce sur la nécessité d'un examen psychométrique et sur sa faisabilité dans le cadre de l'expertise. EN DROIT 1. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1), auprès de l'autorité compétente (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 – LOJ - RS E 2 05), dans le respect des exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 – LPA - RS E 5 10). La recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le présent recours est donc recevable. 2. 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). 3. En l'espèce, dans le cadre d'une révision de sa décision du 20 octobre 2000 d'octroi d'une demi-rente d'invalidité à la recourante, l'OAI a retenu que cette dernière ne présentait plus, en 2005, d'atteinte à la santé provoquant d'incapacité de gain et a donc supprimé le droit de la recourante à toute rente de l'AI, par une décision du 9 mai 2005, qui n'a pas été contestée et est entrée en force. Huit ans plus tard, la recourante a présenté une nouvelle demande de prestations de l'AI, sur laquelle l'OAI est entré en matière. Ledit office est parvenu à la conclusion que l'état de

santé de la recourante ne s'était pas aggravé depuis 2005, son invalidité étant toujours nulle, et il a nié tout droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> Pour ce faire, l'OAI s'est fondé d'une part sur le dossier constitué pour rendre sa décision précitée du 9 mai 2005 et d'autre part sur les avis de la psychiatre traitante de la recourante (soit deux rapports assez similaires des 17 avril et 20 mai 2013) et l'avis contraire du SMR (avis du 29 novembre 2013). Alors que la psychiatre traitante a posé les diagnostics psychiatriques avec effet sur la capacité de travail de l'assurée de trouble dépressif récurrent (F33) depuis 1998 au moins, de dysfonctionnement neuro-végétatif de la sphère gastro-intestinale (K59) depuis 1998 au moins, de troubles mixte de la personnalité avec traits immatures, hystériques, paranoïaques et obsessionnels (F61) depuis le début de l'âge adulte et de suspicion de retard mental léger (F70) depuis l'enfance le cas échéant, et estimé que l'état psychique et le fonctionnement de la recourante s'étaient aggravés depuis 2005 et que la capacité de travail de cette dernière s'en trouvait fortement durablement diminuée, le SMR et, à sa suite, l'OAI ont retenu que l'état de santé de la recourante était resté globalement le même que celui qui prévalait en 2005, lorsque son droit à une rente d'invalidité avait été supprimé, et donc que l'assurée ne présentait pas d'invalidité. Les rapports médicaux de la psychiatre traitante sont sensiblement plus étayés que l'avis du SMR. Si la valeur probante de rapports médicaux ne saurait être niée du seul fait qu'ils émanent de médecins traitants, il faut cependant tenir compte du fait que les médecins traitants peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Le seul avis du SMR n'apparaît pas en l'occurrence propre à emporter la conviction d'une absence d'atteinte à la santé invalidante, et il n'est pas possible, pour juger de l'état de santé de la recourante pertinent en l'espèce, de se fonder sur un rapport d'expertise remontant à l'automne 2004. Il s'impose d'ordonner une expertise, en l'occurrence psychiatrique et judiciaire, de la recourante. Les coûts de cette expertise peuvent ici être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). 4. La chambre des assurances sociales a communiqué aux parties le nom de l'expert ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. Les parties n'ont fait valoir aucune cause de récusation de l'expert pressenti, et n'ont pas émis d'objection à l'endroit des questions prévues par le projet de mission d'expertise ni proposé de questions complémentaires. [endif]>[if> Concernant la nécessité d'un examen psychométrique, recommandé par la Dresse J_____, la chambre de céans indique que l'expert sera amené à se déterminer à ce propos, et, s'il y a lieu, à le faire faire en réponse à la question 3 lettre d de la présente mission d'expertise. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____. [endif]>[if> 2. Commet aux fins d'expertise psychiatrique le docteur L_____, psychiatre. [endif]>[if> 3. Dit que la mission d'expertise est la suivante : [endif]>[if> a) prendre connaissance du dossier de la présente procédure ; b) prendre tous renseignements auprès du médecin ayant traité la recourante ; c) examiner et entendre la recourante, après s'être entouré de tous les éléments utiles, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens, en particulier, s'il y a lieu, un examen psychométrique. 4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : [endif]>[if> a) Anamnèse détaillée du cas (familiale, sociale, professionnelle). [endif]>[if> b) Plaintes et données subjectives de la recourante. [endif]>[if> c) Constatations objectives et status clinique. [endif]>[if>

d) Diagnostic(s). e) En cas de troubles psychiques, répondre aux questions suivantes : 1. de quels trouble(s) s'agit-il ? depuis quand la recourante en souffre-t-elle ? 2. quel est le degré de gravité de chacun de ces troubles (faible, moyen, grave) ? 3. ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? 4. quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? 5. les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ? 6. quelles conséquences chaque diagnostic posé a-t-il sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent ? 7. quelles sont globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent ? 8. quelle est le cas échéant la date de survenance, à partir de mai 2005, de l'incapacité de travail durable de la recourante ? 9. quelle évolution le taux d'incapacité de travail de la recourante a-t-il le cas échéant connu, depuis mai 2005 ? 10. quelle est le cas échéant l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et quel sont les domaines d'activité adaptés ? 11. la recourante présente-t-elle une diminution de rendement (à chiffrer le cas échéant) ? 12. quelles sont le cas échéant les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ? 13. y a-t-il une possibilité d'améliorer la capacité de travail de la recourante par des mesures médicales ? 14. quel pronostic global peut-il être posé ? 5. Invite l'expert à formuler toute remarque et proposition utile. 6. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Réserve le fond. La greffière Marie NIERMARECHAL Le Président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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