

GE_GERICHTE A/797/2014 vom 23. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_797_2014

FR: GE_GERICHTE A/797/2014 du 23 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE A/797/2014 del 23 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1974, a exercé la profession d'indépendante itinérante dans la vente de produits artisanaux de 2003 à 2005, puis d'aide-soignante au Centre B_____ de C_____ de 2005 à 2006. Elle a déposé le 12 novembre 2010 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), alléguant souffrir depuis 2006 d'une dépression chronique invalidante et d'une décalcification des articulations.![endif]>![if>

2. Dans un rapport du 15 décembre 2010, le docteur D_____, psychiatre, a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance, depuis 1994, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline depuis l'adolescence, et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2005 et un status post-opération pour tumeur gynécologique (ablation de l'utérus et des ovaires) en 2005 et 2008. Il rapporte une enfance difficile avec un père alcoolique et maltraitant et des périodes de baisse d'humeur périodique. De l'anamnèse, il ressort que l'assurée a échoué dans son apprentissage du fait de ses consommations de cocaïne et d'ecstasy, qu'elle a arrêté les drogues dures à la naissance de sa fille en 2004, mais a continué à fumer du cannabis tous les jours au moins une fois le soir. Elle a de longues périodes sans revenu et doit être aidée par l'Hospice général, elle est sans activité professionnelle depuis 2009. A la suite de son opération pour ablation d'une tumeur gynécologique en 2008, elle développe un état dépressif avec de nombreuses somatisations qui l'invalide dans tous les domaines de sa vie. Elle ne peut plus exercer une activité lucrative, elle a restreint ses contacts sociaux et a de la peine à s'occuper de son ménage, toute son énergie est consacrée à l'éducation de sa fille.![endif]>![if> Selon le médecin, l'assurée présente clairement un état dépressif majeur chronique et d'intensité moyenne à sévère, avec anxiété et somatisation. Sa représentation du corps semble par moment complètement inadéquate. Elle a toujours eu des baisses de l'humeur depuis l'adolescence, avec un premier épisode dépressif majeur en 2005 à l'âge de 30 ans. Le deuxième épisode dépressif majeur débute au décours de son opération en 2008 et persiste jusqu'à ce jour. L'assurée met en avant ses symptômes physiques qu'elle attribue en partie aux traitements hormonaux de substitution à la suite de son opération (ablation des ovaires). Le médecin ajoute que le pronostic est réservé du fait de la présence de plusieurs comorbidités et de la chronicité de son état dépressif avec une atteinte dans tous les domaines de sa vie et de l'absence de prise de conscience, c'est la composante psychique de ses troubles. Le médecin estime l'incapacité de travail de sa patiente à 100% du 1 er octobre au 30 novembre 2010, précisant qu'« elle ne peut pas se concentrer ou effectuer un travail qui

demande de l'attention, car elle est en proie à ses douleurs et malaises physiques continus et ses symptômes dépressifs diminuent ses capacités cognitives ». Il considère qu'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. 3. Dans un premier temps, l'OAI a, par décision du 12 septembre 2011, rejeté la demande, au motif que l'atteinte à la santé ne justifiait pas une incapacité durable de travail. 4. L'assurée a interjeté recours contre ladite décision, et produit plusieurs pièces médicales dont un courrier de son médecin traitant daté du 4 novembre 2011, aux termes duquel elle souffre d'« un trouble hypocondriaque, un trouble de la personnalité anxieuse ou évitante avec des traits dépendants - lequel constitue une perturbation sévère de son caractère et de ses comportements, ce qui entraîne des difficultés personnelles et sociales très importantes -, un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est d'intensité moyenne selon les critères de la CIM-10, une agoraphobie et une dépendance au cannabis ». Selon lui, l'état physique serait aussi précaire, avec un amaigrissement prononcé, des problèmes dentaires et cutanés. Le Dr D_____ indique que le suivi psychiatrique est difficile, du fait que l'assurée présente des périodes de prostrations. Elle ne sort plus de chez elle. Elle ne se rend pas aux rendez-vous, de même qu'elle souffre de fortes angoisses dès qu'elle doit se déplacer hors de chez elle du fait de son agoraphobie. Le médecin relève du reste qu'« elle se fait toujours accompagner par un ami en voiture à mon cabinet ». Les traitements pharmacologiques proposés ne sont pas tous supportés, car le moindre effet secondaire entraîne de fortes angoisses liées à sa perception faussée et à ses sensations corporelles qui peuvent par moment revêtir un caractère délirant. Le médecin souligne ainsi que « la sévérité et la chronicité de l'ensemble de ses troubles psychiatriques, ses plaintes et symptômes corroborés objectivement par mon observation clinique depuis plus d'un an, et l'absence de réponse thérapeutique, entraînent une incapacité de travail totale et de longue durée depuis le 10 septembre 2010 ». 5. Le service médical régional AI (SMR) a alors proposé la mise en œuvre d'une expertise, de sorte que, par arrêt du 27 mars 2012, la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 12 septembre 2011 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. 6. Dans un rapport du 20 juillet 2012, le Dr E_____, généraliste, a indiqué que sa patiente souffrait d'une dépression chronique depuis 2000, avec tentative de suicide. Il a également retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, trouble dépressif récurrent, ainsi que troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis 2008 et précisé qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Selon lui, l'assurée ne peut par ailleurs exercer aucune activité lucrative, pour laquelle elle devrait être accroupie, à genoux, soulever et porter des charges, monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. Il a ajouté que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées. 7. L'OAI a confirmé que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) s'imposait. Le conseil de l'assurée a été informé le 11 juillet 2013 que l'expertise serait réalisée par la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, soit par les Drs F_____, médecine interne générale, G_____, psychiatrie, et H_____, rhumatologie. 8. Le rapport d'expertise a été établi le 30 septembre 2013. a) A l'issue de la discussion interdisciplinaire, il est indiqué que « Vers la fin de sa scolarité obligatoire, elle commence à consommer des drogues (cannabis, cocaïne, LSD, ecstasy). A 15 ans, elle quitte le foyer parental sur un geste violent de son père à son égard, pour habiter chez sa grand-mère maternelle. Elle débute ensuite un apprentissage, qu'elle abandonne dans ce contexte de consommation. (...) À 27 ans (2001), elle présente

des troubles gynécologiques qui nécessitent plusieurs gestes chirurgicaux qui lui laissent quelques séquelles (cœlioscopie pelvienne et ponction-drainage d'un kyste au sein gauche, avec dans les suites, des douleurs pelviennes et une déformation du sein). En 2008, son état nécessite l'ablation d'un ovaire. En 2009, l'intervention doit être reprise et étendue. En 2009, au décours de cet épisode gynécologique, elle aurait développé un état dépressif. En décembre 2011, sa mère lui révèle que sa fille (13 ans) vient de se plaindre auprès d'elle du harcèlement de son grand-père pour lui imposer un rapport sexuel, avec des abus depuis l'âge de quatre ans. Cette révélation intervient au cours de vacances en Italie des grands-parents avec leur petite-fille, comme cela était fréquent. Suite à cet événement, sa mère aurait décidé de se séparer de son père et celui-ci, dans ce contexte, aurait préféré rester dans les Pouilles, dans sa famille d'origine. De son côté, l'assurée, confrontée à des souvenirs enfouis que cette révélation a fait resurgir, décide par contre-coup de mettre un terme à la relation violente qu'elle subit depuis plus de sept ans de la part de son compagnon. Cette séparation ne convient pas à sa fille qui s'était attachée à cet homme ».

Aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont les suivants : - trouble somatoforme, sans précision !

- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue!
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinente!
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique!
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome de dépendance, actuellement abstinente!
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'ecstasy et d'autres drogues de synthèse, syndrome de dépendance, actuellement abstinente!
- probable syndrome rotulien droit!

S'agissant du diagnostic d'agoraphobie ou d'état de stress post-traumatique, les experts ont considéré que « les accès anxieux qu'elle décrit n'ont pas l'intensité paroxystique d'une attaque de panique. L'examen recherche et ne retrouve pas de signes pour une agoraphobie ou un état de stress post-traumatique. Elle ne mentionne pas d'idées suicidaires. (...) La toxicomanie, présente depuis l'adolescence, et la vie un peu marginale qu'elle a menée, posent la question d'un trouble de la personnalité. Toutefois, ni l'anamnèse, ni l'observation, n'amènent d'éléments attestant de perturbations sévères au niveau de la constitution caractérologique et des tendances comportementales. La perception de soi et d'autrui, le mode de penser, l'affectivité et la façon d'entrer en relation et de gérer les relations interpersonnelles, ne comportent pas chez elle un caractère déviant notablement des normes socioculturelles et entraînant inévitablement des difficultés personnelles et sociales considérables. En dehors de la toxicomanie, quelques singularités peuvent être relevées, comme la place centrale faite aux abus sexuels pendant l'enfance dont elle fait état (souvenirs ensevelis puis retrouvés) et le profond rejet du père qu'elle exprime à plusieurs occasions (père sur lequel elle place toute la responsabilité de ses difficultés et de celles de sa fille) ; la relation horizontale avec sa fille, qu'elle décrit comme « fusionnelle » ; une crainte excessive de ne pas être l'objet d'amour principal de sa fille et la crainte d'être rejetée ou abandonnée par elle ; une tendance à la restriction du style de vie. En dehors, elle décrit quelques amitiés durables et de bonnes relations stables avec certaines personnes ».

S'agissant du trouble borderline relevé par le Dr D_____, ils indiquent qu' : « Un tel trouble a été avancé par le psychiatre traitant. En novembre 2010, au tout début de son suivi

(septembre 2010), il a rapporté un trouble borderline. En janvier 2011, ses observations cliniques l'ont conduit à réviser son diagnostic, pour un trouble de la personnalité de type anxieux-évitant et dépendant. Dans ses deux évaluations, il a retenu un trouble de la personnalité. Pour ce qui nous concerne, la biographie et nos propres observations cliniques ne nous ont pas amenés à considérer qu'elle présente un trouble de dimension morbide au niveau de sa personnalité. En effet, nous n'avons pas constaté de perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales. Seul le contrôle des impulsions et la satisfaction des besoins apparaît très perturbé, ce qui contribue à décrire la toxicomanie et qui ne suffit pas à définir un trouble de la personnalité. Cependant, si les réquisits diagnostiques pour un trouble de la personnalité ne sont pas satisfaits dans ce cas, on peut admettre qu'il existe chez elle des traits accentués de la personnalité qui, sans franchir le seuil pathologique, peuvent néanmoins contribuer à la mettre en difficulté au niveau du social et donc professionnel. On peut par exemple relever une préoccupation par la peur d'être abandonnée par la personne avec qui elle a une relation proche (sa fille) et d'être livrée à elle-même ou abandonnée, ce qui est un trait appartenant au spectre d'une personnalité dépendante et aussi, avec certaines nuances, à celui d'une personnalité borderline. On peut aussi certainement relever, une tendance à la restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, qui elle, appartient au registre anxieux-évitant. Même s'il est difficile d'établir avec certitude un diagnostic de personnalité sur un aussi court laps de temps et avec des informations biographiques lacunaires, il est possible de dire que l'assurée ne présente pas, en dehors de la toxicomanie, un trouble sévère et décompensé qui seul pourrait entrer en ligne de compte au niveau des questions posées. Quant au trouble dépressif, ils déclarent que « Les baisses d'humeur périodiques dont fait état l'assurée, ne décrivent pas typiquement un trouble dépressif récurrent. En effet, elle décrit des variations d'humeur d'un jour sur l'autre, chaque semaine, avec environ 40% des jours où elle se sent bien et où elle peut être entreprenante, et 60% des jours où elle se sent mal, anxieuse et peu entreprenante (évitant de sortir, de voir des amis etc.). Typiquement, un trouble dépressif récurrent décrit la récurrence d'au moins deux épisodes dépressif d'une durée habituelle de plusieurs mois (au moins deux semaines), entrecoupés de périodes de rémission de plusieurs mois au moins, où l'humeur est normale. (...) Notre examen ne nous permet pas de retenir la présence actuelle d'un état dépressif caractérisé. En effet, l'humeur n'est pas manifestement déprimée, l'intérêt et le plaisir sont conservés et l'énergie n'est pas réduite. Or, il faut qu'au moins deux de ces critères soient présents pour retenir un état dépressif, même léger. De plus, d'autres symptômes habituels dans une dépression sont absents, comme une morosité, un pessimisme, une dévalorisation de soi ou encore d'autres distorsions cognitives typiques. On ne retrouve pas actuellement chez l'assurée ni une perte d'intérêt et de plaisir tous les jours depuis des semaines, ni une culpabilité pathologique, ni des idées de mort envahissantes qui seraient des signes de gravité. On peut également relever que la dépression chronique annoncée n'a jamais nécessité une hospitalisation, ni même un traitement médicamenteux très consistant, ni en général un suivi spécialisé ». En substance, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a principalement été retenu. Toute pathologie psychiatrique incapacitante associée est écartée et exclut explicitement les critères de gravité. Les diagnostics somatiques retenus sont sans conséquence sur la capacité de travail dans une activité simple. Il s'y associe de discrets troubles cognitifs susceptibles de limiter la capacité d'acquisition de nouvelles compétences. Le pronostic, en termes de reprise du travail, reste réservé, principalement en fonction de l'inactivité prolongée et de l'intoxication au cannabis qui persiste. La capacité de travail est ainsi

entière dans toute activité. Aucune diminution du rendement n'est relevée, en dehors de celle qui pourrait éventuellement être causée par la consommation de cannabis. b) Le Dr G_____, expert-psychiatre, a précisé en particulier que « chez l'assurée, historiquement, les consommations de drogues et d'alcool sont apparues dans l'adolescence, alors qu'aucune maladie psychiatrique n'était présente. Certes une personnalité borderline est mentionnée par le psychiatre dans son premier rapport - et un abus de substances psychoactives est souvent partie de l'expression de ce trouble - mais elle ne l'est plus dans son deuxième rapport. Par ailleurs, de notre côté, nous ne retrouvons pas chez l'assurée un trouble de la personnalité de dimension morbide qui seul pourrait être pris en compte dans cette discussion. Nous relevons donc que dans ce cas, on ne retrouve aucun trouble psychiatrique grave pour lequel on puisse considérer que le syndrome de dépendance observé en est une conséquence induite. Dans ce cas, la consommation de ces substances multiples qui a conduit à un syndrome de dépendance (toxicomanie) doit donc être considérée comme primaire ». L'expert considère qu'« à côté de la toxicomanie primaire et du trouble somatoforme, l'assurée ne présente pas une comorbidité psychiatrique sévère. Les autres facteurs de gravité qu'il est habituel de rechercher dans un tel cas, sont également absents. Il dit à cet égard n'avoir retrouvé ni une perte totale d'intégration sociale touchant tous les domaines de la vie, ni une absence de rémission désespérante, malgré un traitement adapté et bien conduit dans une durée suffisante, ni un état psychique pouvant être considéré comme totalement fixé ("cristallisé"), ni enfin une comorbidité somatique grave (sous réserve de l'appréciation des autres experts mandatés) ». Par rapport aux avis médicaux antérieurs, il précise qu'« il nous semble que notre position ne nous met pas sur le fond en porte-à-faux avec les avis médicaux précédents. Il semble par contre que les évaluations antérieures de l'exigibilité médicale ont pu télescoper en partie les plans psychique et physique, ce dont nous nous sommes gardés dans le cadre du mandat qui nous a été confié. Nous nous sommes écartés du psychiatre traitant, en ne retenant, à côté de la toxicomanie, ni un trouble de la personnalité de dimension morbide, ni une agoraphobie ». Il en conclut que « l'assurée ne souffre pas d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique équivalent, ayant valeur de maladie invalidante à l'aune des critères actuels. On trouve chez elle une toxicomanie primaire et un trouble somatoforme. Sur le plan psychiatrique, d'un point de vue médico-théorique, sa capacité de travail est donc entière. Il appartient aux autres experts également mandatés de dire s'il existe des limitations physiques et le cas échéant à quel degré. Par ailleurs, nous sommes conscients que, sous l'angle qui est le nôtre, une "reprise d'activité professionnelle au niveau du secteur économique" paraît aujourd'hui assez illusoire ». c) La Dresse H_____, expert rhumatologue, n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail sur le plan rhumatologique. Elle a posé à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'état douloureux chronique diffus s'accompagnant de cervicalgies, de possible syndrome rotulien droit et d'ostéopénie, étant précisé que les documents d'imagerie ne permettaient pas d'objectiver une quelconque lésion spécifique dans ce cadre. Elle considère que les atteintes au plan articulaire n'entraînent pas de limitation significative objective sur la capacité de travail de l'assurée, de sorte qu'on peut théoriquement exiger d'elle qu'elle exerce une activité, quelle qu'elle soit, à un taux de 100%. La Dresse H_____ ajoute cependant que cette assurée, souffrant également de troubles psychiques, le taux précis d'incapacité ne peut être fixé qu'au sein de la discussion interdisciplinaire. d) L'examen neuropsychologique enfin a montré des difficultés cognitives légères, dans le domaine du calcul et de l'écriture, un ralentissement affectant

spécifiquement l'aspect lexical, et un léger déficit de mémoire verbale. La Dresse I_____, expert neuropsychologue, a à cet égard indiqué que : « Si l'on ne peut exclure que ces déficits soient la conséquence de l'abus antérieur de drogues dures, la dyscalculie et la dysorthographe évoqueraient plutôt une origine développementale ce que corroborent les difficultés scolaires signalées par l'assurée . Quoi qu'il en soit, ils ne renforcent pas l'hypothèse d'un trouble cognitif secondaire à la dépression. Par ailleurs, ils seraient susceptibles de limiter l'accès de l'assurée à certaines formations professionnelles, mais seraient sans impact dans une activité simple ». 9. Dans une note du 29 octobre 2013, le médecin du SMR a constaté que l'expertise de la CRR avait été réalisée selon les exigences de qualité en vigueur. Il en résulte que le trouble somatoforme ne s'accompagne pas d'éléments de sévérité selon la jurisprudence, et que la toxicomanie est considérée comme primaire et non du ressort de l'AI. Par conséquent, il confirme que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail au sens de l'AI et que la capacité de travail est entière depuis toujours.![endif]>![if> 10. Un projet de décision a été transmis à l'assurée le 8 novembre 2013, aux termes duquel ni le droit à la rente, ni le droit à des mesures professionnelles, ne sont reconnus.![endif]>![if> 11. Par courrier du 3 décembre 2013, l'assurée a contesté ce projet, alléguant qu'elle ne pouvait pas travailler, qu'elle souffrait de troubles psychiques chroniques depuis de nombreuses années et qu'il lui était impossible de sortir de chez elle selon les périodes (angoisse, peur, incapacité d'affronter la vie courante, douleurs multiples).![endif]>![if> Représentée par Me Karin BAERTSCHI, elle a communiqué à l'OAI un avis du Dr E_____ du 5 décembre 2013 dans lequel celui-ci s'étonne des divergences de diagnostics, d'une part, et souligne une possible confusion de dossiers en raison de la désignation d'une certaine Madame J_____ dans le rapport d'expertise. Aussi ce médecin préconise-t-il une nouvelle expertise neuropsychologique et psychiatrique. 12. Constatant qu'effectivement une certaine Mme J_____ est mentionnée à trois reprises dans le rapport d'examen neuropsychologique, le médecin du SMR a proposé d'interroger la CRR, afin de déterminer s'il y avait eu confusion entre deux dossiers ou s'il s'agissait d'une erreur de frappe.![endif]>![if> 13. Par courrier du 27 janvier 2014, la Dresse K_____ a affirmé que la confusion ne portait que sur le nom et que les informations contenues en page 1 du rapport d'évaluation neuropsychologique concernaient l'assurée et elle seule, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question les conclusions de l'examen neuropsychologique.![endif]>![if> 14. Par décision du 13 février 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 novembre 2013. ![endif]>![if> 15. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 17 mars 2014 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique confiée à des experts neutres et indépendants soit ordonnée, au fond, à ce que la décision du 13 février 2014 soit annulée et à ce qu'il soit dit et prononcé qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité. Elle rappelle que selon le Dr D_____, les troubles dépressifs, hypocondriaques, d'agoraphobie et de personnalité, avec leur manifestation dans la vie quotidienne et notamment dans un lieu de travail, permettent indubitablement de conclure qu'elle présente une incapacité de travail totale et durable dans toute activité. L'avis de ce médecin ne saurait être écarté au profit de celui, succinct et lacunaire, du SMR ou encore des expertises de la CRR. Elle considère que l'on ne saurait ainsi faire prévaloir les avis de la CRR qui s'écartent de manière beaucoup trop divergente de celui du Dr D_____, en l'absence de toute amélioration de son état de santé. ![endif]>![if> 16. Dans sa réponse du 15 avril 2014, l'OAI considère au contraire que l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la CRR le 30 septembre 2013 doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il rappelle à cet

égard que, contrairement au médecin traitant, l'expert est dans une position totalement différente par rapport au patient, puisqu'il n'est pas lié par un mandat de soins, mais par un mandat d'expertise. Il relève que l'expert psychiatre a tenu compte des troubles dépressifs et hypocondriaques, de l'agoraphobie et des troubles de la personnalité retenus par le psychiatre traitant, et les a discutés de manière claire dans son rapport d'expertise. Il ajoute qu'une erreur de noms figurant dans le rapport d'expertise neuropsychologique ne saurait lui enlever sa valeur probante. Il estime enfin que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires par la chambre de céans s'avère inutile. 17. La chambre de céans a informé les parties par courrier du 15 décembre 2014, de son intention d'ordonner une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert, soit le Dr L_____, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. 18. Par courrier du 13 janvier 2015, l'OAI, constatant que seul le libellé des questions lui avait été transmis, a considéré qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la légitimité de la mise en place d'une expertise judiciaire et déclare s'y opposer en l'état. Il considère en effet que l'expertise réalisée par la CRR le 30 septembre 2013 doit se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas. Au cas où la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner une expertise, il annonce n'avoir pas de motif de récusation, d'une part, et joint à son courrier l'avis du SMR du 6 janvier 2015 dont il résulte quatre questions supplémentaires, d'autre part. 19. L'assurée, quant à elle, ne s'est pas manifestée. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement sur son degré d'invalidité. 5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si

ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

8. Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).>[if> Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132

V 65 , consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 , consid. 3.2.3). 9. D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). En tant qu'elle n'est ni la cause, ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité (ATF non publié 9C_219/07 du 3 avril 2008, consid. 3).> 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATFA non publié I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités ; ATF 9C_72/12). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. 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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêt I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3). 10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs

psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 11. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invaliden-versicherung, Zurich 1997, p. 8). 12. Lorsque en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 13. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 14. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore,

raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 13. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. !endif]>![if> En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 14. En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI, considérant, sur la base de l'expertise réalisée par des médecins de la CRR le 30 septembre 2013, qu'elle présentait une capacité de travail entière dans toute activité. !endif]>![if> 15. Il s'agit préalablement de déterminer si l'expertise des Drs F_____, G_____ et H_____, de la CRR, datée du 30 septembre 2013, a ou non valeur probante. !endif]>![if> a) Le Dr E_____, dans son rapport du 20 juillet 2012, indique que l'assurée souffre d'ostéoporose et de troubles du rachis et des genoux, de sorte qu'elle ne peut exercer aucune activité lucrative où elle devrait être accroupie, à genoux, soulever et porter des charges, monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. L'expert rhumatologique ne mentionne pas ces diagnostics et ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle. Il se borne à poser à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'état douloureux chronique diffus s'accompagnant de cervicalgies, de possible syndrome rotulien droit et d'ostéopénie, étant précisé que les documents d'imagerie ne permettaient pas d'objectiver une quelconque lésion spécifique dans ce cadre. Aussi les experts n'ont-ils retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la

capacité de travail sur le plan somatique, et indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux. Ils ont toutefois écarté la présence d'une comorbidité psychiatrique grave et considéré que les critères jurisprudentiels, soit une perte totale d'intégration sociale, une absence de rémission désespérante malgré un traitement adapté, et un état psychique cristallisé, n'étaient pas présents et ont dès lors conclu au caractère non invalidant de ce trouble. b) Selon le Dr D_____, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent actuellement d'intensité moyenne, d'un trouble hypocondriaque, d'agoraphobie et d'un trouble de la personnalité émotionnelle labile de type borderline ou d'un trouble de la personnalité anxieuse ou évitante avec des traits dépendants. Les experts n'ont pas retenu d'état dépressif caractérisé, au motif que la dépression chronique diagnostiquée par le Dr D_____ n'avait jamais nécessité une hospitalisation, ni même un traitement médicamenteux très consistant, ni en général un suivi spécialisé, le médecin traitant se contentant d'une psychothérapie de soutien. Ils ont expressément exclu le diagnostic d'agoraphobie, au motif que « les accès anxieux que l'assurée décrit n'ont pas l'intensité paroxystique d'une attaque de panique ». Quant au trouble de la personnalité anxieuse ou évitante, ils ont rappelé que dans son rapport du 15 décembre 2010, le Dr D_____ faisait état d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline depuis l'adolescence, mais ne reprenait pas ce diagnostic dans son courrier du 4 novembre 2011, le remplaçant par celui de trouble de la personnalité anxieuse ou évitante. Les experts ont ainsi nié le bien-fondé des diagnostics posés par le Dr D_____. Ils considèrent quant à eux que l'assurée ne présente pas un trouble de la personnalité de dimension morbide, et concluent à une toxicodépendance primaire ne constituant pas en soi une invalidité. L'expert psychiatre constate toutefois que « la toxicomanie présente depuis l'adolescence et la vie un peu marginale qu'elle a menée, posent la question d'un trouble de la personnalité. Toutefois, ni l'anamnèse, ni l'observation, n'amènent d'élément attestant de perturbations sévères au niveau de la constitution caractérologique et des tendances comportementales. La perception de soi et d'autrui, le mode de pensée, l'affectivité et la façon d'entrer en relation et de gérer les relations interpersonnelles ne comportent pas chez elle un caractère déviant, notamment des normes socio-culturelles, et entraînant inévitablement des difficultés personnelles et sociales considérables. (...) Seul le contrôle des impulsions et la satisfaction des besoins apparaît très perturbé, ce qui contribue à décrire la toxicomanie et qui ne suffit pas à définir un trouble de la personnalité. Cependant, si les réquisits diagnostiques pour un trouble de la personnalité ne sont pas satisfaits dans ce cas, on peut admettre qu'il existe chez elle des traits accentués de la personnalité qui, sans franchir le seuil pathologique, peuvent néanmoins contribuer à la mettre en difficulté au niveau de social et donc professionnel. (...) Même s'il est difficile d'établir avec certitude un diagnostic de personnalité sur un aussi court laps de temps et avec des informations biographiques lacunaires, il est possible de dire que l'assurée ne présente pas en dehors de la toxicomanie, un trouble sévère et décompensé qui seul pourrait entrer en ligne de compte au niveau des questions posées ». Ainsi, quand bien même il estime que la capacité de travail est entière, quelle que soit l'activité envisagée, il reconnaît que les troubles dont l'assurée souffre peuvent contribuer à la mettre en difficulté au niveau du social et donc professionnel, soulignant qu'« une reprise d'activité professionnelle au niveau du secteur économique paraît aujourd'hui assez illusoire ». Il conclut par ailleurs à un pronostic réservé. Selon l'expert, le fait que le contrôle des impulsions et la satisfaction des besoins apparaisse très perturbé ne suffit pas à définir un trouble de la personnalité. Cependant, il admet qu'il existe chez l'assurée des traits accentués de la personnalité qui, sans franchir le seuil pathologique,

peuvent néanmoins contribuer à la mettre en difficulté au niveau du social et donc professionnel. L'expert psychiatre a qualifié la toxicodépendance de primaire, au motif qu'« on ne retrouve aucun trouble psychiatrique grave pour lequel on puisse considérer que le syndrome de dépendance observé en est une conséquence induite ». Il n'a toutefois pas expliqué pourquoi il arrive à cette conclusion. Il se contente en effet d'indiquer que « nous ne retrouvons pas chez l'assurée un trouble de la personnalité de dimension morbide qui seul pourrait être pris en compte dans cette discussion. Nous relevons donc que dans ce cas, on ne retrouve aucun trouble psychiatrique grave pour lequel on puisse considérer que le syndrome de dépendance observé en est une conséquence induite. Dans ce cas, la consommation de ces substances multiples qui a conduit à un syndrome de dépendance (toxicomanie) doit donc être considérée comme primaire ». Or, il admet qu'un abus de substances psychoactives est souvent partie de l'expression du trouble borderline, mentionné par le Dr D_____. La chambre de céans constate ainsi plusieurs incohérences dans ses propos. La chambre de céans peine par ailleurs à comprendre le terme de « singularité » donné à des abus sexuels subis pendant l'enfance et au profond rejet du père. L'expert n'explique pas de façon convaincante pourquoi la toxicomanie de l'assurée ne devrait pas être considérée comme secondaire et non primaire. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que l'expert reconnaît qu'il s'agit d'un cas limite, qu'il est difficile d'établir avec certitude un diagnostic de personnalité sur un aussi court laps de temps et avec des informations biographiques lacunaires, mais écarte tous les diagnostics posés par le Dr D_____ et ne discute notamment pas la question de savoir si la toxicomanie n'aurait pas été favorisée par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance au vu des violences subies (ATAS/1190/2011), de sorte qu'on ne sait finalement pas ce qu'il en est. c) Il y a enfin lieu de relever que l'examen neuropsychologique a montré des difficultés cognitives légères, dans le domaine du calcul et de l'écriture, un ralentissement affectant spécifiquement l'aspect lexical, et un léger déficit de mémoire verbale. Selon la Dresse I_____ : « Si l'on ne peut exclure que ces déficits soient la conséquence de l'abus antérieur de drogues dures, la dyscalculie et la dysorthographe évoqueraient plutôt une origine développementale ce que corroborent les difficultés scolaires signalées par l'assurée. Quoi qu'il en soit, ils ne renforcent pas l'hypothèse d'un trouble cognitif secondaire à la dépression. Par ailleurs, ils seraient susceptibles de limiter l'accès de l'assurée à certaines formations professionnelles, mais seraient sans impact dans une activité simple ». La chambre de céans considère, au vu de ce qui précède, que la cause n'est pas en état d'être jugée. 16. Reste dès lors à déterminer si la chambre de céans doit effectuer elle-même les mesures d'instruction complémentaires ou si elle peut renvoyer la cause à l'OAI.!

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent 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. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve,

en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'espèce, si les experts n'ont retenu que les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de sédatifs ou d'hypnotiques, et celui de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, dont ils ont estimé qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, le médecin traitant a quant à lui conclu à une totale incapacité de travail justifiée par les diagnostics suivants : agoraphobie, phobie sociale, anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence. Certes, il ne suffit pas que le médecin traitant exprime une opinion divergente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci. En l'espèce, cependant, on ne saurait considérer que l'expertise a valeur probante, au vu de ce qui précède, de sorte qu'on ne peut suivre sans autres les conclusions de l'expert (ATAS/1264/2013). Eu égard à ces considérations, il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise afin de tirer au clair la question de savoir quelles sont les conséquences des atteintes à la santé dont souffre l'assurée en termes de capacité de travail et de gain. Il convient également de déterminer si la polytoxicomanie est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante. L'expertise sera confiée au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lequel devra prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné la requérante. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;![endif]>![if> 2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes, étant précisé que les questions supplémentaires proposées par l'OAI ont été ajoutées à la liste en tant que de besoin :![endif]>![if> 1. Anamnèse.![endif]>![if> 2. Données subjectives de la personne.![endif]>![if> 3. Constatations objectives.![endif]>![if> 4. Diagnostic(s).![endif]>![if> 5. S'agissant des

troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:!

1. a) La assurée souffre-t-elle de troubles psychiques? Depuis quand? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic? e) Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ? 6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pourcent.!

7. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, dans son activité habituelle, en pourcent.!

8. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, dans une activité lucrative adaptée, en pourcent. Indiquer quelle(s) activité(s) seraient adaptée(s).!

9. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.!

10. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.!

11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.!

12. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Le cas échéant en déterminer la nature et leur durée.!

13. Votre appréciation de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels? Si oui, lesquels et dans quelle mesure?!

14. En cas de réponse positive à la question précédente, apprécier la capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement une activité adaptée en faisant abstraction des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels.!

15. Si un trouble somatoforme douloureux est retenu :!

a) Y-a-t-il présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes?!

b) Sinon, y-a-t-il une ou des affection(s) corporelle(s) chronique(s) ou un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable?!

c) Y a-t-il une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?!

d) Y a-t-il un état psychique cristallisé?!

e) Y a-t-il échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne ?!

f) La assurée dispose-t-elle encore de ressources psychiques, en d'autres termes est-il exigible qu'elle reprenne une activité lucrative même au prix d'importants efforts ?!

16. Déterminer si la polytoxicomanie est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante (dépendance primaire ou secondaire ?). !

17. Apprécier et commenter les conclusions des Drs G _____ et D _____, ainsi que celles du SMR du 29 octobre 2013.!

18. Formuler un pronostic global, toute remarque utile ou proposition.!

3. Commet à ces fins le Dr L _____ ;!

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;!

5. Réserve le fond ;!

La greffière Nathalie LOCHER La Présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le