

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1184/2013

ATAS/859/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 3 septembre 2013

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CONTI Emilie

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assuré), née en 1966, originaire du Portugal, entrée en Suisse en 1993, titulaire d'une autorisation d'établissement C, mariée, mère d'un enfant né en 1987, a travaillé comme nettoyeuse de 1994 à 2001 auprès de X_____ (X_____), Y_____, Z_____ SERVICES SA, V_____ (SUISSE) SA, W_____ SA. Elle a été licenciée par X_____ pour le 31 janvier 2001 et indemnisée par le chômage en février et mars 2001. Son époux M. B_____ fait l'objet d'une mesure de curatelle depuis le 10 février 1999.
2. Le 10 décembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. L'assurée a présenté une maladie alcoolique sévère, un syndrome cérébelleux dynamique, des chutes à répétitions, un état dépressif et un déracinement socioculturel (rapport du Dr C_____, FMH médecine interne, du 12 avril 2002), une tumeur maligne soit un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche (rapport de la consultation commune des tumeurs des HUG DU 18 octobre 2002) et une hépatomégalie, stéatose hépatique, et ascite (Institut d'imagerie médicale – échographie du 25 avril 2002).
4. Le 28 mai 2003, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à 50 %.
5. Le 7 juillet 2003, le Dr D_____ du Service Médical Régional (SMR) a estimé que le handicap dans le ménage, vu l'éthylisme important, atteignait au moins les 50 %.
6. Par décision du 6 février 2004, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2002, fondée sur un empêchement de 100 % dans la sphère lucrative laquelle était de 50 % et un empêchement de 50 % dans la sphère ménagère laquelle était de 50 %.
7. Le 5 décembre 2006, l'OAI a débuté une procédure de révision.
8. Le 25 octobre 2007, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était amélioré depuis l'opération de 2004.
9. Le 29 novembre 2007, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'était plus le médecin-traitant de l'assurée depuis novembre 2005.
10. Les Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), Belle-Idée, ont indiqué à l'OAI le 7 décembre 2007 que l'assurée n'avait pas été vue en psychiatrie depuis 1999.

11. Le 27 mai 2008, à la demande de l'OAI, le Dr E_____ a examiné l'assurée le 14 mars 2008 et rendu un rapport. Il a posé les diagnostics d'éthylisme chronique depuis 2001 (semble stabilisé), état dépressif sévère, arthrose hépatique, carcinome épidermocite amygdale gauche actuellement stabilisée. L'assurée ne s'exprimait quasiment pas, même avec un traducteur. Elle faisait l'objet comme traitement d'une surveillance ORL. L'activité exercée n'était plus exigible. L'assurée restait totalement incapable de reprendre une activité professionnelle. Il a notamment joint les contrôles ambulatoires des néoplasies des HUG des 14 septembre 2006, 29 mars 2007 et 13 mars 2008.

12. A la demande de l'OAI, le Dr F_____, FMH médecine interne, a rendu une expertise le 7 septembre 2008.

L'assurée indiquait avoir cessé la consommation d'alcool dès le printemps 2003, sans rechute (ce qui avait supprimé les troubles de la marche) et diminué son tabagisme. Elle n'avait plus consulté son médecin-traitant depuis 2005. Elle n'avait pas de plaintes particulières. Elle présentait des céphalées, une gorge sèche et irritée lors d'utilisation de détergents l'empêchant de reprendre une activité dans le nettoyage.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de discrète polyneuropathie sensitive distale des membres inférieurs, dans le cadre d'un alcoolisme chronique, connue depuis 2002 et sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, status après chimiothérapie et radiothérapie d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche, bien différencié, classé T3 N1 M0 (octobre 2002), actuellement en rémission complète, décompensation ascitique dans le cadre d'une hépatopathie alcoolique (avril 2002) et troubles anxieux et dépressifs en rémission.

L'assurée avait repris une certaine capacité physique lui permettant d'être active, d'entretenir son ménage et d'avoir une vie sociable acceptable malgré les difficultés contextuelles importantes. Du point de vue neurologique, l'état de santé s'était amélioré. Les limitations au plan physique étaient une discrète polyneuropathie sensitive des membres inférieurs pouvant éventuellement constituer un handicap dans le déplacement en terrain irrégulier ou lors d'utilisation d'échelle, d'échafaudage.

La capacité de travail était de 80 % depuis le début 2005. Une diminution de rendement de 20 % était due aux limitations fonctionnelles.

13. Le 7 octobre 2008, le Dr G_____ du SMR a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % et que les empêchements dans la tenue du ménage n'avaient pas été examinés par l'expert.

14. Le 9 septembre 2009, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage en relevant que le statut de l'assurée était plutôt celui d'active à 100 % dès lors que l'époux de celle-ci ne travaillait plus depuis 12 ans et qu'elle devrait travailler pour ne plus dépendre des services sociaux. L'invalidité ménagère était de 12 %. Après avoir entendu l'assurée, accompagnée de son époux le 13 novembre 2009, la réadaptation professionnelle a proposé un stage COPAI de quatre semaines aux EPI afin d'évaluer les types d'activités possibles.
15. Le 21 janvier 2010, le Dr E_____ a indiqué, suite à l'examen de l'assurée, dans un rapport médical intermédiaire que l'état de santé était stationnaire.
16. Le 23 février 2010, les Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI) ont rendu un rapport suite au stage de l'assurée du 4 au 31 janvier 2010. Les capacités de l'assurée étaient théoriquement compatibles avec un emploi simple, léger et répétitif après un très long temps d'adaptation. Il était proposé d'effectuer plusieurs mois dans un atelier protégé comme réentraînement à l'effort.
17. Le Dr H_____ a estimé le 5 février 2010 que seule une activité en milieu protégé était possible au départ.
18. Par courrier du 5 mai 2010 de PRO et par communication du 17 mai 2001 de l'OAI, l'assurée a été informée qu'elle débiterait un réentraînement au travail auprès de PRO dès le 7 juin 2010.
19. Par communication du 8 juin 2010, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 14 juin 2010 pour retourner chez PRO et débiter le stage dès lors qu'il avait été informé du fait qu'elle s'était présentée le 1^{er} juin 2010 et avait refusé la mesure en raison de ses vacances.
20. Le 18 juin 2010, une note de la réadaptation professionnelle a relevé que le stage se passait mal car l'assurée se plaignait de douleurs au dos et de sécheresse de la gorge et le 25 juin 2010 que le stage était difficile tant sur le plan qualitatif que quantitatif.
21. Le 2 juillet 2010, PRO a transmis à l'OAI un certificat médical du Dr E_____ attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée pour maladie dès le 28 juin 2010 et pour une durée indéterminée.
22. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 5 juillet 2010 a conclu à l'impossibilité d'effectuer une mesure de réadaptation. Le stage chez PRO avait été interrompu en raison des difficultés rencontrées dans la mesure de réentraînement au travail et de l'arrêt maladie. Le taux d'invalidité était de 27 % soit un revenu sans invalidité de 48'595 fr. (ESS TA7 – ligne 35 niveau 4 : 3'813 fr. par mois) et un revenu d'invalidité de 35'671 fr. (ESS 2008, total, niveau 4, à 80 % avec un taux d'abattement de 15 %).

23. Le rapport d'évaluation PRO du 16 juillet 2010 mentionne que la mesure a été terminée après une durée effective d'observation de 11 jours.
24. A la demande de l'OAI le Dr E_____ a attesté le 27 janvier 2011 que l'état de santé de l'assurée était le même qu'en 2008 et que celle-ci était définitivement inapte à une activité lucrative.
25. Le 5 mars 2012, le Dr E_____ a signalé dans un rapport intermédiaire une évolution médiocre avec un état de santé stationnaire. Une prise en charge psychiatrique n'était pas nécessaire.
26. Le 7 décembre 2012, la Dresse I_____ du SMR a estimé que l'assurée, selon l'expert F_____, présentait clairement une amélioration de son état de santé et que tout était en rémission.
27. Par projet de décision du 15 janvier 2013, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée au motif que son degré d'invalidité était de 27 %.
28. Le 18 février 2013, l'assurée a fait opposition en contestant le fait que son état de santé se serait amélioré depuis juillet 2002.
29. Par décision du 26 février 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.
30. Le 12 avril 2013, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif.

Elle fait valoir que l'OAI avait fait abstraction de l'échec du réentraînement au travail et de l'avis du Dr H_____ selon lequel une longue période de réadaptation était nécessaire, en retenant une capacité de travail 80 %. Depuis 2002, son état de santé ne s'était pas amélioré au point qu'elle puisse travailler à 80 %. Le Dr F_____ n'avait pas tenu compte de ses importantes limitations psychiques et intellectuelles, couplées aux séquelles de l'éthylisme et de la tumeur maligne des amygdales. Le taux d'invalidité retenu était très éloigné de celui qui s'était manifesté lors du stage d'observations aux EPI et dans l'entreprise PRO. Elle était totalement incapable de travailler. Si besoin était, une expertise en médecine interne et en psychiatrie pouvait être ordonnée. Elle a requis l'audition du Dr E_____. L'effet suspensif au recours devait être restitué dès lors que la suppression de la rente la plaçait dans une situation très précaire.

31. Le 23 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet tant du recours que de la requête en restitution de l'effet suspensif, l'issue du litige au fond restant incertaine et il existait

un risque important que l'assurée ne puisse pas rembourser les prestations qui auraient été versées à tort.

32. Le 3 juin 2013, la Cour de céans a entendu les partis en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :

"Je considère que je suis incapable de travailler, j'ai mal au dos, à la tête ainsi que la gorge sèche due au traitement du cancer des amygdales. Je n'ai pas fait de rechute de celui-ci. Je vous confirme que j'ai effectivement arrêté de boire de l'alcool, je ne sais plus exactement depuis quand. Je n'arriverai pas à travailler, en particulier en raison du stress. La journée je fais des petits travaux ménagers mais je ne peux toutefois pas porter de charge. Je ne fais donc pas les courses seule, ma fille m'aide parfois. Ma fille m'aide également dans le ménage. Je suis actuellement suivie par le Dr E_____ qui estime également que je ne suis pas capable de travailler. Je le vois environ une fois par mois. Je ne suis pas suivie par un psychiatre. Le Dr E_____ me prescrit du Dafalgan. Je me rappelle avoir vu un médecin de l'AI, j'étais alors accompagnée par mon mari qui a fait la traduction. L'expertise s'est mal passée car je me sentais mal. J'étais très stressée. J'ai effectué un stage aux EPI que j'ai dû interrompre après deux semaines car j'étais trop stressée et je n'arrivais plus à travailler. Je collais des étiquettes sur des cartons. Je ne me sens pas du tout capable de tenter un autre stage. Je me rappelle avoir pris pendant quelques temps des médicaments antidépresseurs mais je ne sais plus qui me les a prescrits. Je ne sais pas non plus pendant combien de temps j'ai pris ces médicaments. J'ai en effet d'importants problèmes de mémoire".

33. Le 4 juin 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au Dr J_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.

34. Le 14 juin 2013, l'assurée a proposé l'ajout de questions à la mission d'expertise.

35. Le 5 juillet 2013, l'OAI s'est opposé au principe d'une expertise judiciaire au motif qu'une expertise de médecine interne figurait déjà au dossier, avec pleine valeur probante, que la désignation du Dr J_____, déjà saisi de plusieurs expertises, allait ralentir la procédure et qu'il manquait un volet neuropsychologique à la mission d'expertise.

36. Le 23 juillet 2013, l'assurée a observé que l'expertise judiciaire était nécessaire au vu de ses importantes limitations psychiques et intellectuelles.

37. Le 22 août 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'un examen neuropsychologique serait confié à M. K_____, neuropsychologue.

38. Le 29 août 2013, le SMR a observé qu'il serait utile que le neuropsychologue se prononce sur la présence de troubles cognitifs objectifs séquellaires à l'alcoolisme de l'assurée.
39. Le 2 septembre 2013, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de M. K_____.

EN DROIT

1. a) Par arrêt incident du 6 mai 2013, la Cour de céans a déclaré le recours recevable.
- b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de la recourante par décision du 26 février 2012 à la suite de la révision du dossier de cette dernière dès mai 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision).

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
- b) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. 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 lui 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

5. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il

convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode

mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

6. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des

enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire.

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une

expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c *in fine*).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de

manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265).

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 (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités; arrêt 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; arrêt 9C 960/2009 du 24 février 2010).

9. Dans le cas d'espèce, l'intimé a renoncé à instruire l'état de santé psychique de la recourante; or, celle-ci invoque d'importantes limitations psychiques. Il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, l'expertise du Dr F_____ étant insuffisante pour évaluer l'état psychique de la recourante, ce d'autant que ce médecin n'est pas un spécialiste en psychiatrie.
10. S'agissant des observations de la recourante, la proposition de celle-ci (question i) figure déjà sous question k), de sorte qu'il sera renoncé à cet ajout. En revanche, la question h) sera complétée afin de préciser une éventuelle atteinte neuropsychologique, ce qui répond également à la demande de l'intimé.
11. Cette expertise sera confiée au Dr J_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr J_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____, en particulier le Dr E_____.

- c. Examiner Mme A_____.

- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

- e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

- f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?

- g. 1) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics) ?

- 2) Existe-t-il une atteinte neuropsychologique ?

S'entretenir à cette fin avec M. K_____, à Genève, neuropsychologue.

- h. 1) En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci ?

- 2) Depuis quelle date est-il présent chez Mme A_____ ?

- 3) Quel traitement est-il indiqué ? Mme A_____ suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

- i. En particulier, l'état de santé de Mme A_____ s'est-il amélioré depuis la décision de rente de l'OAI du 6 février 2004 ? Mme A_____ a-t-elle recouvré une capacité de travail ?

- j. 1) Existe-il actuellement une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ?

2) Existait-il une telle dépendance, actuellement en rémission ? Si oui, depuis quelle date ?

3) Cette dépendance a-t-elle provoqué une maladie (ou un accident) qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale de Mme A _____ ? Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ?

4) Si cette dépendance est encore actuelle, résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ?

Si oui, laquelle ? Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ? 1) dans l'activité antérieure, 2) dans toute autre activité 3) quelle activité est-elle encore possible et à quel taux ?

k. 1) Compte tenu de votre diagnostic et des constatations du neuropsychologue, Mme A _____ pourrait-elle en faisant preuve de bonne volonté exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?

2) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

3) Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

4) En particulier, existe-t-il un trouble neuropsychologique ? Si oui, quelles sont les limitations fonctionnelles qu'il entraîne ? Avec quel impact sur la capacité de travail ?

l. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr F _____ du 7 septembre 2008 ? En particulier avec la constatation que dès 2005 l'assurée a récupéré une capacité de travail de 80 % ? Si non, pour quels motifs ?

m. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez donnée à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 26 février 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?

n. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Ordonne un examen neuropsychologique complet de Mme A _____ auprès de M. K _____ lequel établira un rapport détaillé à communiquer au Dr J _____ et répondra en particulier aux questions suivantes :

- a. Mme A_____ présente-t-elle des troubles cognitifs objectifs et durables ?
 - b. Si oui, ceux-ci sont-ils une conséquence de l'alcoolisme ?
 - c. Les troubles cognitifs constatés ont-ils un impact sur la capacité de travail de Mme A_____ ? Si oui, quelles sont les limitations fonctionnelles ?
4. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le