

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2325/2008

ATAS/1082/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 7 septembre 2009

En la cause

Madame G _____, domiciliée à Genève, représentée par
METZGER David

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame G _____, ressortissante espagnole née en Suisse en 1968, a obtenu un CFC de dessinatrice en bâtiment en 2002. En date du 3 juin 2004, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison notamment d'une dépression. A ce titre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni diverses attestations médicales.
2. Dans un rapport du 6 août 2004, la Dresse L _____, généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué des troubles mentaux liés à l'utilisation d'héroïne, symptôme de dépendance, actuellement abstinente sous traitement de substitution de méthadone ainsi qu'un état dépressif compensé sous traitement. L'état de santé était stationnaire et l'assurée n'avait plus travaillé depuis 2 ans.
3. Dans un rapport du 2 juin 2005, la Dresse L _____ a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2004.
4. Dans un rapport du 6 septembre 2006, le Dr M _____, interniste, a diagnostiqué une polytoxicomanie et un désordre de la personnalité de type borderline depuis environ 20 ans. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 septembre 2005, ce qui correspondait à la date du début de traitement chez lui. L'état de santé était stationnaire et le pronostic défavorable. Aucune activité n'était exigible. Ce médecin a précisé que l'incapacité de travail était en réalité totale depuis de nombreuses années.
5. Par projet de décision du 4 avril 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Une dépendance à des substances toxiques ne constituait en effet une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.
6. Dans une attestation du 27 avril 2007, le Dr N _____, généraliste, a indiqué que la patiente souffrait de pathologies graves d'ordre psychique, d'une désintégration sociale majeure et qu'elle était suivie pour une cure de méthadone. Dès lors, une expertise psychiatrique semblait indispensable.
7. En date du 30 avril 2007, l'assurée a été entendue par l'OCAI s'agissant du projet de décision. Elle a déclaré qu'elle n'était plus dépendante depuis 4 à 5 ans. Son incapacité de travail était due à des limitations au niveau de l'épaule et du tunnel carpien des deux mains, à une limitation au niveau du genou droit, ainsi qu'à une incapacité à gérer son humeur et ses réactions surtout en cas de confrontation.
8. Dans un avis sans examen clinique du 23 mai 2007, le Dr O _____, médecin au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a relevé que les

psychiatres des Hôpitaux Universitaires de Genève (cf. rapports d'hospitalisation pour des sevrages) ne signalaient pas de troubles de la personnalité. Cependant, même s'ils existaient, ils n'avaient pas empêché l'assurée de travailler durant de nombreuses années. La toxicomanie, qui n'avait pas entraîné à ce jour de conséquences importantes, n'avait donc pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité. De surcroît, s'il persistait des troubles psychiques graves, il fallait un suivi spécialisé, ce qui ne semblait pas être le cas.

9. Dans un rapport du 1er décembre 2007, la Dresse P_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sans symptômes psychotiques depuis l'adolescence, un trouble de la personnalité émotionnelle labile de type borderline depuis l'enfance et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés depuis l'adolescence, actuellement sous régime de substitution. L'incapacité de travail était totale depuis plusieurs années et l'état de santé stationnaire. Un examen médical complémentaire était nécessaire. La patiente présentait une incapacité à gérer ses émotions, de la méfiance, des critiques négatives, de la culpabilité, de la tristesse et un sentiment d'injustice. Les relations interpersonnelles étaient inadéquates et finissaient en conflits dus à une interprétativité paranoïde. En raison des troubles psychiques, aucune activité n'était adaptée à l'état de santé de l'assurée.
10. En date du 31 mars 2008, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique, conduite par le Dr Q_____, psychiatre. L'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, un syndrome de dépendance (suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale), une consommation occasionnelle de cannabis et une utilisation massive de benzodiazépines. Il a notamment formulé les remarques suivantes : "Pour la première fois en 2005 on mentionne un épisode dépressif. Par la suite il y a eu plusieurs accès dépressifs si bien que le diagnostic de trouble dépressif récurrent a pu être confirmé. Actuellement l'épisode dépressif est légèrement marqué. On ne peut pas exclure un développement en épisode dépressif de degré moyen. L'assurée reçoit un traitement psychiatrique adéquat ; elle prend un médicament antidépresseur. Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement instable qui a été établi précédemment ne peut plus être confirmé aujourd'hui. Avec une telle image pathologique on a régulièrement affaire en effet à des phases hectiques et labiles dans les relations ; un changement fréquent de partenaires est la règle. À cet égard l'assurée est un exemple inverse puisqu'elle vit depuis 23 ans avec la même partenaire qu'elle a aussi épousée. À la consultation on n'observe pas non plus de labilité émotionnelle. L'assurée présente au plan de l'humeur une thymie légèrement versatile mais on peut comprendre qu'elle réagisse plus sensiblement lorsqu'on parle de sa mère ou d'événements marquants de son existence. L'assurée présente des facteurs préjudiciables étrangers à la maladie : longues phases d'inactivité professionnelle, tendance au retrait, motivation moyenne en vue d'une reprise de prestations professionnelles, statut après avoir

subi une peine de prison, position sociale marginale durant des années. L'assurée retire en outre un gain à la maladie puisqu'elle peut mener son style de vie sans devoir travailler. Des mesures de réadaptation n'ont pas de sens bien que *l'assurée* ne soit âgée que de 40 ans. Pour l'appréciation d'une limitation de la capacité de travail il faut rappeler que le programme de substitution par la méthadone ne constitue pas en lui-même une limitation de la capacité de travail. A l'origine, l'abus d'héroïne n'a pas été induit par une maladie psychique. Il n'a pas provoqué de dommages irréversibles à la santé mentale : entre autres, il n'existe pas de syndrome amnésique. Il y a toutefois une hépatite C. Si la consommation de benzodiazépines respectivement de cannabis (même sporadique) devait diminuer la capacité de travail on doit objecter que l'abstinence ou la réduction sont exigibles. Un trouble de la personnalité instable ne peut être mis en évidence. Il n'y a donc pas de limitation de la capacité de travail. Le trouble dépressif récurrent est la seule pathologie qui peut avoir une influence significative sur la capacité de travail. Ce trouble existe depuis des années et l'évolution est variable. Depuis quelques mois un épisode dépressif léger est présent. Comme il évolue aussi en épisode dépressif moyen il peut déterminer globalement une limitation de 20 à 30 % de la capacité de travail. (...) Au plan psychiatrique le pronostic n'est pas défavorable. Il est important que l'assurée continue de suivre un traitement psychiatrique". L'expert a conclu que l'assurée pouvait exercer la même activité que précédemment à hauteur d'environ 70 à 80 %, en raison de certaines limitations dues à l'état dépressif, l'assurée ne disposant pas de suffisamment d'élan pour travailler en pleine capacité. Des mesures de réinsertion n'étaient pas recommandables vu les facteurs préjudiciables étrangers à la maladie. L'assurée pouvait exercer des travaux auxiliaires comme elle le faisait autrefois. Il n'existait pas de conditions limitatives. L'expertisée devait toutefois surmonter son déconditionnement, ce qui était exigible. Suite à la toxicomanie, il n'y avait pas de dommages irréversibles à la santé, tel un syndrome amnésique ou une dégradation de la personnalité.

11. Dans un avis sans examen clinique du 10 juin 2008, le Dr O_____ a relevé que la toxicomanie n'avait pas les critères pour être une cause d'incapacité de travail durable. Il en allait de même avec le trouble dépressif qui oscillait entre les degrés léger et moyen. De ce fait, la diminution de 20 à 30 % ne pouvait se justifier selon les critères de l'assurance-invalidité. Ainsi, la capacité de travail était entière depuis toujours, à l'exception des situations dangereuses (machines, hauteur, en raison de la consommation de tranquillisants) et des gros travaux physiques en raison de l'atteinte des épaules.
12. Par décision du 17 juin 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
13. Par courrier posté le 24 juin 2008, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, faisant valoir qu'elle présentait une incapacité totale de travail car elle ne pouvait maîtriser ses réactions.

14. Dans sa réponse du 25 août 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours, se référant au rapport d'expertise qui avait pleine valeur probante.
15. Dans une réplique du 26 septembre 2008, l'assurée, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire, a complété son recours. Elle a fait valoir avoir commencé un apprentissage de dessinatrice en installations sanitaires qu'elle n'avait pu terminer car elle avait été mise à la porte par son père lorsqu'elle avait 16 ans et était rapidement entrée dans l'engrenage de la drogue. Elle avait subi plusieurs cures de désintoxication en clinique psychiatrique. Sa dernière activité professionnelle, en tant qu'employée de bureau, remontait à 1995. Depuis lors, elle était au bénéfice de l'aide sociale. Elle avait traversé des épreuves difficiles durant sa vie (accompagnement de sa mère malade, brûlures lors d'un incendie...). Elle avait souffert de dépressions tout au long de sa vie, dépressions qui avaient empiré depuis une dizaine d'années. Depuis 4 à 5 ans, elle avait cessé toute consommation de drogue et suivait un traitement par substitution de méthadone. Cependant, ses dépendances avaient provoqué des atteintes à sa santé psychique ayant valeur de maladie invalidante. Elle n'avait actuellement aucune capacité de travail, ce qu'attestaient ses médecins traitants. Sa psychiatre traitante estimait que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que la capacité de travail n'était pas améliorable en raison des troubles psychiques existants depuis plusieurs années. La recourante a par ailleurs reproché à l'intimé de n'avoir pas sollicité de rapport du Dr N_____, son médecin traitant actuel. L'expertise sur laquelle était basée la décision de l'OCAI avait été en outre réalisée sur un seul entretien d'une durée d'1 h 20, ce qui était insuffisant pour procéder à une appréciation complète de la situation. Enfin, l'expertise comportait des contradictions puisqu'en 1999 déjà, les médecins des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) parlaient d'un épisode dépressif sévère. L'expert n'avait motivé aucune de ses conclusions et n'expliquait pas sur quelle méthode il s'était fondé pour dire que la recourante ne présentait pas ou peu de symptômes dépressifs. L'expertise comportait en outre de nombreuses imprécisions et contradictions et n'avait pour ces raisons pas de valeur probante. Dès lors, une expertise psychiatrique judiciaire devait être effectuée. Enfin, la recourante a reproché à l'OCAI de n'avoir pas tenu compte de la diminution de la capacité de travail de 20 à 30 % établie par l'expert psychiatre, alors que sa dépression avait valeur de maladie en tant que telle.
16. Dans sa duplique du 27 octobre 2008, l'intimé a fait valoir que l'expertise psychiatrique remplissait tous les critères pour lui reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et qu'il apparaissait aux termes de cette expertise que ni la toxicomanie ni la dépression de la recourante n'avait valeur de maladie. Par ailleurs, le Dr N_____ avait été interrogé et il avait préconisé une expertise psychiatrique. De surcroît s'agissant de troubles psychiques, c'était la Dresse P_____ qui était le mieux à même de répondre aux questions de l'OCAI.

17. En date du 26 janvier 2009 s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a déclaré qu'elle était suivie par la Dresse P_____ à raison d'une fois toutes les 2 semaines et par le Dr N_____ à raison d'une fois par semaine. Par ailleurs, elle avait été opérée par le Dr R_____ aux deux épaules et n'avait récupéré l'usage de ses épaules qu'à concurrence de 70%. Sur la plan social, elle était très sédentaire et n'avait aucune activité. Elle ne voyait des amis que lorsqu'elle était bien. Elle ne consommait plus de stupéfiants depuis 5 ans. Enfin, elle avait été évaluée par les HUG sur le plan psychique.
18. Par courrier du 24 février 2009, la recourante a transmis le rapport des HUG, département de psychiatrie, du 3 novembre 2008. Le Dr S_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, une agoraphobie avec trouble panique ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Les troubles de la concentration, la grande fatigabilité et le manque d'énergie rendaient illusoire pour le moment toute tentative de reprendre une activité professionnelle, la situation étant par ailleurs aggravée par le trouble de la personnalité émotionnellement labile, en particulier par l'impossibilité pour la patiente de réguler ses accès de colère et par son impulsivité pouvant rendre toute relation au travail conflictuelle. La patiente présentait également un certain déficit de l'attention ainsi qu'une difficulté à rester assise dans la même position évoquant un trouble de l'hyperactivité et un déficit de l'attention de l'adulte. Ce trouble devrait être investigué plus en détail et pourrait également rendre compte des difficultés qu'avait la patiente à reprendre une activité professionnelle. Il était également noté une mauvaise compliance médicamenteuse.
19. Par courrier du 10 mars 2009, la recourante a contesté l'évaluation des HUG, s'agissant de certaines erreurs dans l'anamnèse, notamment.
20. Par courrier du 4 mai 2009, la recourante a transmis un rapport du Dr R_____ du 17 avril 2009, selon lequel la patiente présentait un début d'omarthrose au stade II selon Samilson et devait bénéficier d'un traitement de physiothérapie.
21. Par courrier du 10 août 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait l'intention d'ordonner une expertise psychiatrique auprès du Dr T_____. Un délai au 24 août 2009 leur a été imparti afin qu'elles fassent connaître une éventuelle cause de récusation de l'expert et proposent des questions à faire figurer dans la mission d'expertise.
22. Par courrier du 24 août 2009, l'OCAI a précisé qu'il n'avait pas de motif de récuser l'expert et qu'il souhaitait que ce dernier précise les limitations fonctionnelles psychiatriques de l'assurée.

23. Par courrier du 24 août 2009, l'assurée a demandé que certaines questions soient posées à l'expert, questions qui seront intégrées, dans la mesure de leur pertinence, dans la mission d'expertise.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délais et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 17 juin 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

5. En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.
- a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4

al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

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). Lorsqu'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 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à

l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

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. Un renvoi à l'administration, 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K

809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment des Drs L_____, N_____ et P_____, un rapport du Département de psychiatrie des HUG du 3 novembre 2008, ainsi qu'une expertise psychiatrique du 31 mars 2008 du Dr Q_____.

Tant la psychiatre traitante que les psychiatres des HUG ont diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile, invalidant. Seul l'expert psychiatre n'a pas retenu ce diagnostic pour une raison qui n'est pas convaincante. En effet, selon lui, le fait que l'assurée vit avec sa partenaire depuis plus de 20 ans exclut un tel diagnostic. Cependant, la Dresse P_____ et les médecins du département de psychiatrie des HUG, ayant examiné la recourante pour une évaluation et non dans le cadre d'une relation médecin traitant-patient, retiennent ce diagnostic et le motivent de manière convaincante. Selon eux, il est en outre invalidant.

Or, selon la jurisprudence, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions de l'expert n'apparaissent pas convaincantes. Il se justifie dès lors d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique, judiciaire, qui sera confiée au Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr U_____, psychiatre. 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 l'assurée.
 - c. Examiner l'assurée.
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas (faire notamment une anamnèse professionnelle détaillée décrivant les périodes d'activité et d'inactivité de la recourante) ?
 - f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée d'un point de vue psychiatrique (poser des diagnostics précis) ?
 - g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre l'assurée d'un point de vue somatique ?
 - h. L'assurée présente-t-elle un trouble dépressif ? Si oui, de quel degré (faible, moyen, grave) et depuis quand (avec les variations des degrés le cas échéant) ?
 - i. A-t-il une influence sur la capacité de travail ? Si oui, dans quelle mesure et pourquoi ? Quel traitement est-il indiqué ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - j. La compliance est-elle optimale ?

- k. L'assurée présente-t-elle un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ? Si oui, depuis quand et quels symptômes vous permettent de poser un tel diagnostic ? Ce trouble de la personnalité est-il invalidant, soit a-t-il une influence sur la capacité de travail ? Si oui, dans quelle mesure (taux de capacité restante), pourquoi et depuis quand ?
 - l. L'assurée présente-t-elle d'autres troubles psychiques ? Si oui lesquels ? Ont-ils une influence sur la capacité de travail et laquelle ?
 - m. L'assurée présente-t-elle une toxicomanie ? Si oui, a-t-elle une influence sur la capacité de travail et laquelle ? Si oui, cette toxicomanie a-t-elle provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain (si oui, laquelle ?), ou résulte-t-elle d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (si oui, laquelle ?) ?
 - n. Y a-t-il des séquelles de la prise de toxiques sur le plan cognitif ?
 - o. Le traitement lié à la dépendance et des autres maladies psychiques de l'assurée est-il adéquat ? A-t-il une influence sur la capacité de travail ? Si oui, laquelle ?
 - p. Compte tenu de votre diagnostic, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle, à quel taux et depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
 - q. Quelle sont les limitations fonctionnelles psychiques empêchant le cas échéant une reprise d'activité à temps plein ou à temps partiel ? (description précise)
 - r. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - s. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées seraient-elles identiques à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 17 juin 2008 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?
 - t. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Frédérique GLAUSER

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