

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2918/2014

ATAS/133/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 19 février 2015

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection Recourante
de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (l'assurée), née le _____ 1985, de nationalité suisse depuis l'année 2002, originaire du Brésil, mariée une première fois en 2004, puis en 2011, mère d'une enfant née en 2005, a été en incapacité de travail totale depuis l'année 2009.
2. L'assurée a débuté un apprentissage de coiffeuse qu'elle n'a pas achevé.
3. Un résumé de séjour du 1^{er} décembre 2000 atteste d'une hospitalisation au Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, du 20 septembre au 4 octobre 2000, dans le cadre d'une symptomatologie dépressive avec idées suicidaires.
4. Un résumé de séjour du 5 novembre 2001 atteste d'un séjour de l'assurée du 17 au 25 octobre 2001 à la Clinique de psychiatrie adulte II des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en entrée non volontaire pour un état d'angoisse important avec comportement autoagressif.
5. Selon un résumé de séjour du 20 janvier 2003, l'assurée a séjourné à l'unité de soins psychiatriques généraux pour adolescents aux HUG (Le Salève), du 31 octobre 2001 au 14 janvier 2003. Il s'agissait d'une troisième hospitalisation non volontaire. Il était mentionné que l'assurée disait avoir subi un viol vers l'âge de 10 – 11 ans.
6. Le 15 janvier 2003, l'assurée a intégré le foyer de la Servette.
7. Selon un résumé de séjour du 13 février 2003, l'assurée a séjourné 7 au 10 février 2003 à l'unité de soins psychiatriques généraux pour adolescents Le Salève aux HUG en hospitalisation non volontaire, sur demande de la doctoresse B_____, en raison de la recrudescence de pulsions autoagressives; elle présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation épisodique.
8. Le 17 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
9. Le 30 novembre 2012, le docteur C_____, médecin interne à la consultation de la Servette, a rempli un rapport médical AI selon lequel l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique F33.10, un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) F41.0, de l'agoraphobie F40.0, une personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, un syndrome de dépendance, actuellement abstinente F19.20.

Il avait suivi l'assurée du 4 juin 2012 au 30 novembre 2012; celle-ci avait été suivie par la doctoresse D_____ depuis le 16 février 2011 et par la doctoresse E_____ depuis le 1^{er} décembre 2012.

L'assurée avait été adoptée à l'âge de 9 mois. Elle avait connu des fluctuations de l'humeur vers l'âge de 10 ans et débuté la consommation de divers toxiques vers l'âge de 12 ans; à 15 ans, elle avait été hospitalisée à Belle-Idée pendant une année, période durant laquelle elle avait fait des fugues et des tentamen; elle avait des troubles de la concentration et de la mémoire, une labilité affective extrême, vivait des relations conflictuelles et instables, avait des troubles du sommeil, des angoisses, une thymie triste et des attaques de panique quotidiennes. Les restrictions psychiques les plus importantes étaient l'extrême angoisse, les attaques de panique, l'agoraphobie, les idées de persécution, la fatigabilité, les troubles de concentration, l'aboulie et la thymie dépressive. Elle était totalement incapable de travailler.

10. Par communication du 28 mars 2013, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a constaté que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'était actuellement pas indiquées.
11. Le 14 juin 2013, le docteur F_____ du SMR a rendu un avis médical et requis une expertise psychiatrique; il constatait que les diagnostics référents à la polytoxicomanie étaient toujours mis au second plan, ce qui portait à penser que, pour les psychiatres, les autres diagnostics primaient; il suspectait ainsi une toxicomanie primaire.
12. A la demande de l'OAI, le docteur G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 3 septembre 2013.

L'assurée se plaignait d'angoisses, d'idées noires, de crises de panique, d'irritabilité. L'assurée fumait un paquet et demi de cigarettes par jour, buvait deux à trois fois par semaine de la vodka et du vin à la maison, mais plus d'autres drogues. Elle n'avait plus de suivi psychiatrique depuis début 2013.

Il a posé les diagnostics suivants :

- Troubles de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation continue (F12.25).
- Somatisations (F45.0).

Selon le dosage plasmatique, le cannabis était positif, conformément aux affirmations de l'assurée. La dépendance à diverses substances pendant l'adolescence était plutôt secondaire à un trouble de la personnalité décompensée; la

dépendance au cannabis depuis l'âge de 12 ans était ainsi secondaire à la personnalité de l'assurée. Elle ne prenait probablement pas le Sequorel prescrit.

Il ne pouvait pas objectiver la phobie (crise de panique). Elle ne présentait aucune atteinte avec répercussion sur la capacité de travail; l'assurée était bien stabilisée depuis 2004. Elle était capable de travailler à 100%, dans une activité adaptée.

13. Le 23 octobre 2013, le Dr H_____, FMH médecine générale, a rédigé un certificat médical attestant d'affection neuropsychiatrique, avec, comme retentissement sur le fonctionnement quotidien, des troubles du comportement avec essentiellement une agoraphobie; l'assurée souhaitait un soutien pour ses affaires administratives.
14. Le 25 mars 2014, le Dr F_____ du SMR a estimé que le Dr G_____ avait confirmé ses suspicions quant à une toxicomanie primaire. La capacité de travail était totale.
15. Par projet de décision du 7 avril 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
16. Le 20 mai 2014, l'assurée a déclaré à l'OAI recourir contre la décision de refus de rente.
17. Le 23 juin 2014, la doctoresse I_____ a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis le 25 février 2014; le Sequorel n'avait pas pu être augmenté en raison d'une forte somnolence; elle présentait une thymie triste et des idées suicidaires; le Lithium avait été introduit après atténuation de ces symptômes le 23 juin. Elle présentait plusieurs diagnostics psychiatriques qui entraînaient une grande difficulté pour elle à se gérer, elle était souvent submergée par ses émotions qui pouvaient entraîner un risque suicidaire non négligeable. Les relations interpersonnelles étaient souvent difficiles avec une relation parentale à la fois fusionnelle et conflictuelle. Elle avait peu d'amis, se repliant sur elle-même, honteuse également de son obésité et limitée également par son agoraphobie et ses attaques de panique. Elle avait également de grandes difficultés à se concentrer et à s'organiser seule pour s'occuper de la gestion administrative, se sentant vite débordée et incapable de mener à bien ses activités, ce qui ne faisait qu'accentuer dévalorisation et faible d'estime d'elle-même et la maintenant dans l'impression d'incompétence. Par conséquent, l'assurée présentait une incapacité totale de travail à cette date et probablement à long terme.
18. Le 21 août 2014, le Dr F_____ a estimé que le rapport de la Dresse I_____ ne contenait aucun fait nouveau, ni élément objectif.
19. Par décision du 25 août 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
20. Le 25 septembre 2014, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Elle a complété son recours le 30 octobre 2014.

Depuis le mois de mai 2014, elle recevait une aide d'une assistante sociale des EPI pour accomplir les actes de gestion courante.

Elle présentait depuis de nombreuses années des phobies multiples, une thymie triste, une labilité thymique, une impulsivité importante, avec des idées auto-agressives et suicidaires; sa capacité de soins était nulle.

Le rapport du Dr G_____ n'était pas probant; l'expert substituant son intuition objective à l'état de fait réel; en particulier, il avait éludé les phobies incapacitantes; depuis février 2014, elle avait repris un suivi, ce qui n'avait pas été pris en compte par l'OAI, tout comme les remarques de la Dresse I_____.

21. Le 1^{er} décembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le rapport du Dr G_____ était probant et que l'avis de la Dresse I_____ et la reprise d'un suivi psychiatrique en 2014 n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation du cas.
22. Le 15 décembre 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : "Je m'occupe de ma fille le matin. Je lui prépare son petit déjeuner et également le repas de midi. Parfois, je fais des siestes, parfois j'ai des rendez-vous médicaux à l'extérieur et je m'y rends toujours accompagnée de mon éducatrice. Mon mari fait les courses. Parfois, je m'occupe des tâches ménagères. Mon mari travaille à 60 %. Le reste du temps, il est à la maison. L'expertise auprès du Dr G_____ s'est très mal passée. Celui-ci a été très agressif avec moi. Il m'a par exemple demandé si j'étais toujours une droguée. Il m'a dit que j'étais une prostituée. L'entretien a duré environ 2 heures et j'ai également subi une prise de sang. Je vois la Dresse I_____ une fois toutes les deux semaines. Elle me prescrit du Zyprexa et du Colozapine, soit un antidépresseur et un stabilisateur d'humeur. J'ai vu une amélioration grâce à ces médicaments. Je crois que je suis suivie depuis 2013. Avant la Dresse I_____ j'ai été suivie, si je me rappelle bien, par le Dr J_____. J'ai dû cesser le suivi car l'ami qui m'accompagnait n'a plus pu venir avec moi et je ne suis pas capable de m'y rendre seule. J'ai essayé de m'y rendre seule à deux reprises, mais cela s'est très mal passé : j'ai fait des crises d'angoisse dans le bus. Je peux dire que mon hospitalisation m'a sauvé la vie. Je considère que je suis totalement incapable de travailler, car je ne peux pas sortir seule de chez moi. Lorsque je suis accompagnée, il est rare que je fasse des crises d'angoisse. Je fume encore un peu le soir du cannabis, car cela me fait du bien. J'ai arrêté toutes les autres substances. Pour répondre à Mme K_____, je bénéficie de l'accompagnement d'une éducatrice depuis juin 2014. J'avais également été accompagnée lorsque ma fille était toute petite, pendant plusieurs mois. Ensuite, cet accompagnement avait cessé pour des

raisons financières, parce qu'il fallait être à l'AI pour en bénéficier. Je suis prête à me soumettre à une nouvelle expertise que je demande."

La représentante de l'OAI a déclaré : " Je pense que dans son avis du 25 mars 2014, le Dr F_____, en disant que la toxicomanie est primaire, se réfère à l'âge adulte, soit dès l'âge de 18 ans pour la recourante. En effet, le Dr G_____ a expliqué que la toxicomanie pendant la période de l'adolescence était secondaire à une problématique psychique décompensée et cela ne semble plus être le cas à l'âge adulte. La référence à une expertise CRR dans la réponse au recours est une erreur."

23. Le 12 janvier 2015, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du 17 décembre 2014 selon lequel, à l'adolescence, l'assurée présentait un trouble psychiatrique incapacitant, ce qui n'était plus le cas à l'âge adulte, de sorte que l'addiction actuelle était primaire.
24. Le 2 février 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise médicale au docteur L_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'une expertise neuropsychologique à Madame M_____, neuropsychologue, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation des experts ainsi que sur la mission d'expertise.
25. Le 11 février 2015, l'OAI s'est opposé en particulier à l'examen neuropsychologique, au motif que celui-ci n'était pas motivé; il a contesté également la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et transmis un avis du SMR du 6 février 2015 selon lequel il ne comprenait pas les raisons d'une expertise neuropsychologique.
26. Le 16 février 2015, le recourant a informé ne pas avoir de motifs de récusation des experts, ni de remarques sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité à la recourante, singulièrement sur la capacité de travail de celle-ci.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
5. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

A 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). 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. 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 de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

7. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire 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 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. 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 351 consid. 3b/ee).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

8. 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 raison 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.
10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 222 et ATF 128 V 174).

11. En l'espèce, l'expertise du Dr G_____ n'emporte pas la conviction et est sérieusement contredite par les avis des médecins-traitants de la recourante, en particulier les Drs C_____ du 30 novembre 2012 et I_____ du 23 juin 2014, de sorte qu'il est nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle sera confiée au Dr L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

Un rapport d'examen neuropsychologique sera en outre confié à Mme M_____, neuropsychologue, au vu des troubles de la concentration et de la mémoire évoqués par le Drs C_____ et I_____.

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

Statuant

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. 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_____, notamment La Dresse I_____.
 - C. Examiner Mme A_____.
 - D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - 2. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - 3. Quelles sont les plaintes de Mme A_____ ?
 - 4. a) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A_____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics et date d'apparition) ?
b) En particulier, après avoir pris connaissance du rapport neuropsychologique de Mme M_____, neuropsychologue, dire si Mme A_____ présente des troubles neuropsychologiques.
 - 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles pour chaque diagnostic ?
 - 6. Quel traitement est-il indiqué ? Mme A_____ suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - 7. Existe-il une dépendance (comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie) ?
 - 8. En cas de réponse positive à la question 7. :
 - a) 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 ?

- aa) Cette atteinte à la santé entraîne-t-elle une incapacité de travail et à quel taux ?
 - ab) Une activité est-elle encore possible et, si oui, à quel taux ?
 - b) Cette dépendance résulte-t-elle elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ?
 - ba) En d'autres termes, une atteinte à la santé était-elle préexistante à la dépendance ? Si oui, laquelle ?
 - bb) Cette atteinte à la santé préexistante entraîne-t-elle en elle-même une incapacité de travail et, si oui, à quel taux ?
 - bc) Une activité est-elle encore possible et à, si oui, quel taux ?
9. a) Compte tenu de votre diagnostic, Mme A_____ peut-elle, en faisant preuve de bonne volonté, exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- b) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- c) Si Mme A_____ ne peut exercer aucune activité lucrative, ou seulement dans une mesure restreinte, veuillez en expliquer précisément les motifs. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
10. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr G_____ du 3 septembre 2013 ? En particulier avec la constatation d'une capacité de travail totale de Mme A_____ dans une activité adaptée ? Si non, pour quels motifs (veuillez argumenter précisément) ?
11. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse I_____ du 23 juin 2014 ? En particulier avec la constatation d'une incapacité de travail totale de Mme A_____ ? Si non, pour quels motifs (veuillez argumenter précisément) ?
12. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
13. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- II. Ordonne une expertise neuropsychologique. La confie à Mme M_____, neuropsychologue, avec la mission de :
- A. Rendre un rapport d'évaluation neuropsychologique.

B. Evaluer la capacité de travail de Mme A_____, du point de vue neuropsychologique.

C. Transmettre le rapport aussitôt rédigé au Dr L_____.

III. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Alicia PERRONE

La Présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifié aux parties par le greffe le