

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4114/2010

ATAS/409/2011

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 27 avril 2011

5 Chambre

En la cause

Madame T _____, domiciliée à Genève, comparant avec élection Recourante
de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT Sarah

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Intimé
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame T _____, née en 1963, est originaire de l'Ile Maurice. Elle a acquis la nationalité suisse par mariage en date du 27 septembre 1991. En dernier lieu, elle a travaillé à 25 %, du 17 décembre 2004 au 6 mars 2007, en tant qu'employée d'entretien. Elle a encore effectué un remplacement chez le dernier employeur du 16 au 27 juillet 2008.
2. En décembre 2008, elle dépose une demande de prestations d'assurance-invalidité.
3. Selon le rapport du 15 janvier 2008 (recte 2009) du Dr A _____, psychiatre, celui-ci suit l'assurée depuis le 19 septembre 2008. Elle souffre d'une anxiété généralisée, d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline, depuis le début de l'âge adulte. Un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse s'est ajouté début 2008. Elle a également des difficultés dans les relations avec son conjoint, dans un contexte de séparation et de divorce. Dans l'anamnèse, le Dr A _____ indique qu'elle est mariée à un époux d'origine serbe et qu'elle est en instance de divorce. Son mari est alcoolique et violent. Sur le plan professionnel, un emploi en tant que nettoyeuse dans l'EMS X _____ est mentionné. L'assurée est en incapacité de travail totale depuis août 2008 pour une durée indéterminée, en raison d'un état dépressif sévère et réactionnel aux problèmes conjugaux. A titre de symptômes, le Dr A _____ fait état d'une irritabilité, d'une perte d'espoir et d'un manque de motivation. Son pronostic est très réservé au vu du trouble de la personnalité. Le traitement consiste en psychothérapie une fois tous les 10 jours et en traitement médicamenteux (Seroquel, Cipralax et Stilnox). Dans les restrictions, ce médecin indique que l'assurée est sans formation et a toujours travaillé de manière épisodique et à un taux très réduit dans le nettoyage. Depuis 1993, elle dépend des services sociaux. Les restrictions se manifestent par une faible résistance au stress avec des crises d'angoisse et des troubles du sommeil. Ces restrictions ne peuvent pas être réduites par des mesures médicales. Des mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec, en raison du grave trouble de la personnalité avec impulsivité, manque de contrôle de soi, labilité émotionnelle, engagement dans des relations instables et vouées très rapidement à l'échec. Même si son état dépressif réactionnel devait se résorber, la capacité de gain resterait nulle. L'assurée se rend par ailleurs compte de ses limites et n'imagine pas pouvoir reprendre une activité dans le circuit professionnel normal en Suisse. Elle envisage éventuellement un retour à l'Ile Maurice, après son divorce, pour vivre avec moins de stress.

4. Le 2 avril 2009, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) communique à l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont actuellement pas indiquées.
5. Le 22 juillet 2009, le Dr A_____ déclare que l'état dépressif et anxieux de l'assurée s'est aggravé en raison d'une procédure pénale déposée à son encontre pour abus de prestations sociales. Il propose de refaire le point de la situation après la procédure pénale. La capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité. La compliance n'est pas optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement médical est inchangé. Ce médecin confirme par ailleurs que le trouble de la personnalité borderline et l'état anxieux et/ou dépressif chronique, actuellement péjoré, ne permet pas d'espérer une quelconque capacité de travail dans le circuit professionnel normal. Il ajoute que l'assurée présente des problèmes d'acculturation et que la problématique psychiatrique va se stabiliser après la procédure pénale. A son avis, ce cas ne relève pas de l'assurance-invalidité sur le plan psychiatrique. La capacité de travail est effectivement nulle en Suisse, mais serait probablement de l'ordre de 70 % dans son pays d'origine, dans lequel elle envisage de retourner définitivement après son divorce et le règlement de la plainte pénale. L'assurée se montre par ailleurs très manipulatrice dans la relation. Elle s'est toujours montrée évasive sur les prestations touchées indûment depuis 1993 du service social. Une confrontation à la réalité avec le dépôt d'une plainte pénale et la nécessité de rembourser environ 150'000 fr. ne peuvent qu'être thérapeutiques sur le moyen à long terme.
6. Selon le rapport du 13 janvier 2010 du Dr B_____, psychiatre au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée présente un trouble anxieux et dépressif mixte et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques avec un syndrome de dépendance. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ce médecin mentionne un trouble de la personnalité non spécifiée et une hypertension artérielle traitée. Du 28 janvier au 4 février 2003, elle a été hospitalisée à la Clinique de Montana. Dans l'anamnèse, le Dr B_____ indique que la patiente est en Suisse depuis 1992, qu'elle a divorcé à deux reprises et qu'elle s'est remariée en décembre 2005 avec un homme d'origine macédonienne. Elle a un fils de 24 ans issu du premier mariage qui vit actuellement sur l'Ile Maurice. Elle est connue de longue date pour un trouble anxio-dépressif, une dépendance à l'alcool et une dépendance aux benzodiazépines. Elle a bénéficié d'une multitude de suivis psychiatriques par le passé. En 2009, suite au dépôt d'une plainte pénale par l'Hospice général pour escroquerie (elle aurait touché des prestations d'assurance-chômage et de l'Hospice général, tout en exerçant une activité professionnelle à

temps partiel), elle présente une accentuation de la symptomatologie anxieuse et de la désorganisation sociale, associée à des troubles du sommeil et à une perte pondérale de plusieurs dizaines de kilos (elle souffrait auparavant d'une obésité morbide), dans le contexte de la plainte pénale et d'une relation très conflictuelle avec son mari actuel. Elle souffre éventuellement d'un trouble de la personnalité. Ne bénéficiant plus de prestations financières des services sociaux depuis le dépôt de la plainte pénale, sa situation sociale et son état de santé psychique se sont aggravés. Dans les symptômes, le Dr B _____ mentionne une mauvaise tenue hygiéno-vestimentaire et une patiente désorganisée sur le plan des démarches sociales. Les plaintes somatiques sont au premier plan. Elle est démonstrative, orientée dans les trois modes et il n'y a pas de trouble de la vigilance ni signe d'intoxication ou de sevrage. Le discours est assez évasif et l'attitude méfiante. La thymie est légèrement triste, mais il n'y a pas d'anhédonie, ni aboulie, ni idéation suicidaire fluctuante ni élément psychotique. Elle se plaint de troubles du sommeil invalidants. Dans le pronostic, ce médecin mentionne que la symptomatologie anxieuse est fortement influencée par la situation sociale et les poursuites pénales. La patiente semble avoir d'importantes difficultés pour organiser sa défense. L'évolution dépendra de la procédure pénale. Ce médecin n'a pas délivré d'attestations d'incapacité de travail. Quant aux restrictions psychiques, elles concernent une difficulté d'organisation attribuée à l'anxiété en lien avec les poursuites judiciaires. B _____ estime que l'activité exercée est encore exigible. Toutefois, le taux d'activité peut être difficilement évalué. On peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

7. En janvier 2010, le Dr C _____, psychiatre, et Madame U _____, psychologue, procèdent à une expertise de l'assurée. Le 23 mars 2010, ils rendent leur rapport fondé sur un entretien avec l'assurée, des tests psychométriques et leur correction, le résultat des examens paracliniques et le dossier médical. L'expertise pose les diagnostics de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère, de personnalité immature à fonctionnement histrionique. Dans l'anamnèse, ils mentionnent que l'assurée n'a pas travaillé avant son arrivée en Suisse, en 1991. Son parcours professionnel est par la suite difficile à reconstituer et semble être entrecoupé de nombreuses périodes de chômages. Au niveau psychiatrique, elle a eu différentes prises en charge dont la chronologie et la durée sont également très difficiles à éclaircir, en raison des données contradictoires fournies par l'assurée. Elle est la cadette d'une fratrie de quatre avec lesquels elle entretient de bonnes relations. Enfant, elle a souffert d'un père souvent violent et alcoolique. Celui-ci était employé de voirie. Ses parents s'étaient souvent séparés et remis ensemble. Sa mère est décrite comme une femme gentille et aimante.

L'assurée a suivi la scolarité obligatoire et a travaillé dans son pays comme ouvrière dans le domaine textile. Elle s'est mariée avec un mauricien en 1981 et a divorcé en 1988, son mari ayant eu une maîtresse. Elle a de bonnes relations avec son fils né de cette union. Après avoir rencontré, par petites annonces, un ressortissant helvétique, elle s'est mariée avec lui en 1991. Après son divorce en 1993, elle a épousé en 1995 un macédonien. Celui-ci l'a trompée, la battait et souffrait d'un problème d'alcool. Actuellement, il est au chômage. Après avoir entamé une procédure de divorce, le couple s'est remis ensemble, son mari souhaitant obtenir un permis C. Quant à la procédure pénale, il est noté dans le rapport d'expertise que l'assurée n'exprime aucun remords ni de réflexion particulière à ce sujet, si ce n'est que ça l'inquiète et qu'elle n'a pas envie d'aller en prison. Le couple n'a actuellement aucun revenu et ils vont manger "à la soupe populaire". Dans les antécédents psychiatriques, le rapport indique que l'assurée a consulté le Dr D_____, psychiatre, en 1991 pendant une année. Par la suite, elle a eu différentes consultations psychiatriques, apparemment très peu investies, dont elle ne peut pas restituer les périodes et les dates. L'assurée déclare avoir interrompu le suivi chez le Dr A_____ en 2009, en raison du fait que celui-ci lui aurait dit qu'il suffisait qu'elle consulte son médecin généraliste pour recevoir du Xanax. Actuellement, elle voit toutes les trois semaines environ le Dr B_____. Elle déclare prendre régulièrement son traitement (Seroquel, Trittico et Xanax retard). Elle estime ne pas être en mesure de travailler, même à temps partiel, notamment parce qu'elle n'a plus de mémoire et n'arrive pas à se concentrer. Toutefois, selon l'expertise, "On peut (...) observer que (l'assurée) n'a eu aucun problème à retrouver des repères chronologiques importants de son existence, même si elle persiste à dire que parfois elle se trompe et oublie des tas de choses". L'assurée n'a pas d'autres plaintes spontanées. Quant au fonctionnement psychosocial, les experts notent que l'assurée affirme dormir très mal. Pendant la journée, elle est souvent dehors avec son mari. Le couple ne fait pas de commissions, n'ayant pas d'argent, mange des repas gratuits, se rend à l'église et regarde la télévision. Le test HAMILTON 17 révèle, à l'hétéro-évaluation, un score correspondant à une dépression légère. Le test BECK 21 (auto-évaluation) donne un score correspondant à une dépression sévère. Quant au questionnaire SPIELBERGER, il met en évidence une anxiété-état et une anxiété-trait très élevées. Selon l'expertise, ces tests donnent le sentiment d'avoir été surcotés et suggèrent une probable tendance à la dramatisation des plaintes. Quant à la compliance, le dosage du Xanax et du Seroquel est conforme à la posologie annoncée. Le dosage du Trittico est relativement bas. Le dosage du Xanax ne plaide pas pour un abus aux benzodiazépines. A l'examen clinique, il est constaté que l'assurée a une apparence un peu négligée et une forte odeur corporelle. Le contact est relativement mauvais, l'assurée étant moyennement collaborante et se montrant

floue sur certains éléments posant problème, alors qu'elle est très précise sur d'autres points comme les dates de ses jours de mariage, années de naissance de ses trois conjoints, etc. Elle est plutôt souriante, en même temps plaintive et manipulatrice dans son discours. L'examen neuropsychologique grossier est dans la norme. Elle s'exprime dans un français simple et l'intelligence semble être aux limites inférieures de la norme. Les experts constatent une symptomatologie dépressive-anxieuse à minima, mais qui n'est pas constante ni associée à une anhédonie, une aboulie ou un apragmatisme marqué. Il n'y a pas d'éléments pour une anxiété généralisée ou un trouble panique. L'assurée avoue avoir eu une consommation excessive d'alcool jusqu'en 2005. Dernièrement, elle a diminué aussi la prise de tranquillisants. Elle apparaît comme une personnalité immature et instable. L'examen clinique et sa biographie indiquent une instabilité émotionnelle, des comportements souvent impulsifs (joie de vivre, consommation de toxiques, relations souvent orageuses et conflictuelles). L'image de soi est relativement peu construite. Elle paraît vivre au jour le jour, en fonction de ses intérêts, et se montre très complaisante à l'égard d'elle-même. Dans la discussion, l'expert mentionne que l'assurée n'a jamais été véritablement intégrée professionnellement en Suisse et a émargé des services sociaux ou de l'assurance-chômage, à part quelques petits emplois par ci, par là. A cet égard, il note que son tempérament et son caractère n'ont pas favorisé l'exercice d'une activité professionnelle à long terme, en raison de nombreux conflits relationnels. Elle ne paraît pas spécialement décompensée, mais présente une immaturité et un fonctionnement de type borderline. Les symptômes anxio-dépressifs sont atypiques. Le tableau clinique est superposable à celui décrit par le Dr B_____ . Selon les experts, ces éléments sortent largement du champ médical, tels que bénéfices financiers, absence de motivation à exercer une activité professionnelle et souhait de se soustraire à ses obligations judiciaires. Ils expliquent pour l'essentiel la revendication d'un statut de malade. Ainsi, selon les experts, la capacité médico-théorique est de 100 % dans toute activité. Il est par ailleurs à craindre que l'on assiste à la poursuite d'un parasitisme social, débuté depuis 1993.

8. Du 28 mai au 11 juin 2010, l'assurée est hospitalisée au Département de psychiatrie des HUG.
9. Dans son avis médical du 10 août 2010, la Dresse E_____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après: SMR) estime que la capacité de travail de l'assurée est de 100 % dans l'activité habituelle et une activité adaptée.
10. Du 17 août au 8 septembre 2010, l'assurée est de nouveau hospitalisée au Département de psychiatrie des HUG, en entrée non volontaire, en raison d'une

décompensation psychotique, avec idéations suicidaires. Le diagnostic principal est un trouble délirant persistant, sans précision. Dans l'anamnèse, il est notamment mentionné qu'elle a accumulé des dettes et des poursuites et n'a, de ce fait, aucune assurance-maladie, raison pour laquelle elle a interrompu tout suivi psychiatrique. Auparavant, elle était suivie par le Dr A _____ qui l'a mise en poursuite pour factures impayées, puis par le Dr B _____ de la consultation psychiatrique de la Jonction, lequel semble avoir mis fin au suivi en raison de l'état stable de la patiente, ainsi que de ses problèmes d'assurance. Actuellement, elle est suivie en Médecine communautaire. Lors de la précédente hospitalisation, un traitement de Seroquel a été mis en place en raison d'idées délirantes et d'anxiété. Elle a arrêté ce traitement il y a une semaine et présente depuis des idées délirantes de persécution et de concernement, des hallucinations auditives et visuelles ainsi qu'une désorganisation du comportement. Elle est amenée aux urgences par son mari. Le traitement Seroquel est réintroduit et progressivement augmenté à 400 mg/jour. L'évolution est bonne avec une diminution de l'anxiété et des idées délirantes à thème de jalousie et de persécution. Elle ne se plaint plus d'hallucinations auditives et ne présente plus d'idées suicidaires. Au vu de la situation socio-financière difficile et des troubles psychiques, une demande de curatelle de gestion volontaire est adressée au Service des tutelles, avec l'accord de la patiente. A sa sortie, le suivi sera repris par la Médecine Communautaire.

11. Le 30 août 2010, l'OAI communique à l'assurée un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr C _____.
12. Selon la note téléphonique relative à un entretien en date du 3 septembre 2010 entre l'OAI et l'assurée, cette dernière l'informe avoir été hospitalisée au Département psychiatrique des HUG. Elle est désemparée suite au projet de décision de refus de prestations. Il est convenu qu'une copie du dossier sera envoyée à son médecin aux HUG, le Dr F _____, afin qu'elle puisse faire opposition au projet. L'assurée n'a plus de ressources et n'arrive plus à payer ses factures. Elle espère que l'OAI l'aide à payer ses médicaments.
13. Le 28 octobre 2010, le Tribunal tutélaire prononce la curatelle volontaire de l'assurée.
14. Par décision du 29 octobre 2010, l'OAI confirme son projet de décision de refus de toute prestation.
15. Par acte du 30 novembre 2010, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente

d'invalidité entière, sous suite de dépens. Préalablement, elle demande qu'une audience de comparution personnelle soit ordonnée, ainsi qu'une expertise médicale judiciaire. Elle estime que l'OAI aurait dû interroger les Drs G_____ et F_____ qui l'ont suivie durant ses hospitalisations. L'instruction du dossier est ainsi incomplète. Elle relève également des contradictions dans le rapport du Dr C_____ et de Mme U_____, ainsi que des jugements de valeurs, notamment en ce que ceux-ci l'ont traitée de parasite social. Par ailleurs, l'aggravation consécutive au dépôt de la plainte pénale de l'Hospice général démontre bien que son état de santé était déjà critique avant cette plainte.

16. Dans son avis médical du 20 décembre 2010, la Dresse E_____ du SMR estime que les hospitalisations constituent des aggravations de l'état de santé postérieures à l'expertise du Dr C_____. Elles ne permettent pas de remettre en question les conclusions de cet expert antérieures à cette aggravation. Le médecin du SMR admet qu'une aggravation est rendue crédible à partir de mai 2010, mais estime que ni le caractère durable ni ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail ne peuvent être déduits des documents à disposition. Il apparaît aussi que l'assurée n'est pas entièrement compliant, puisqu'elle a arrêté le traitement après la deuxième hospitalisation. Des informations médicales du Département de médecine communautaire de premier recours et des urgences (DMCPRU) et le résumé de séjours concernant l'hospitalisation de mai 2010 pourraient s'avérer utiles.
17. Dans sa détermination du 10 janvier 2011, l'intimé juge indispensable d'obtenir le résumé du séjour de l'assurée concernant son hospitalisation au Département de psychiatrie des HUG en mai 2010, ainsi que des précisions du DMCPRU concernant la date du début de son suivi dans ce département et sa capacité de travail résiduelle. Une fois en possession de ses éléments, il soumettra le dossier au SMR et se déterminera à nouveau.
18. A la demande de la Cour de céans, le Dr H_____ du DMCPRU l'informe le 10 février 2011 que la recourante est suivie depuis décembre 1992, et par lui-même depuis le 26 juillet 2010. Elle souffre d'un trouble schizo-affectif, d'un état anxieux et d'une hypertension artérielle. A la question de savoir quelle est sa capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle de nettoyeuse, ce médecin répond qu'il serait souhaitable de mettre en œuvre une expertise. Toutefois, il relève qu'en 2011, la recourante présente une pathologie psychiatrique claire et nécessite un suivi et une médication adaptée. Cependant, la prise en charge est très difficile pour le corps médical. Le pronostic du Dr H_____ est mauvais.

19. Le 22 février 2011, les HUG transmettent à la Cour de céans le résumé de séjour de la recourante du 28 mai au 11 juin 2010, ainsi qu'une levée du secret médical datée du 17 février 2011. Selon ce résumé, le diagnostic principal consiste en réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites. A cela s'ajoutent des troubles délirants persistants sans précision. L'hospitalisation, en entrée volontaire, est motivée par un épisode anxio-dépressif chez une patiente hospitalisée pour des douleurs dans les jambes, investiguées lors d'un séjour du 18 au 28 mai 2010 aux HUG. Elle est actuellement suivie par la Dresse I _____ du DMCPRU. Elle semble présenter un trouble dépressif récurrent avec une forte composante anxieuse liée à ses multiples problèmes sociaux. Alors que la patiente est hospitalisée en médecine pour des douleurs aux jambes, attribuées à une arthrose des deux genoux, elle est suivie par la psychiatre de liaison en raison de symptômes anxio-dépressifs. Un traitement de Seroquel et de Trittico est introduit. Une anxiété importante persistant, la patiente est transférée au Département de psychiatrie en entrée volontaire. Elle présente plusieurs comorbidités au niveau somatique, pour lesquels les médecins proposent le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans le status psychiatrique, les médecins relèvent une apparence extravagante et des bizarreries dans les propos de la recourante. Elle a des croyances fortes dans les rituels vaudou et dans la voyance. L'anxiété importante est en lien avec des problèmes sociaux majeurs. Avec l'augmentation du traitement et la mise en place d'un suivi médical ambulatoire, une diminution de l'anxiété est observée. La recourante fait par ailleurs part de difficultés conjugales et décrit un mari alcoolique qui peut être violent physiquement.
20. Le 18 mars 2011, le Dresse E _____ du SMR se détermine sur le rapport précité et la réponse du Dr H _____. Elle estime que ces documents ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr C _____. Il n'y a aucun document attestant que l'atteinte psychiatrique entraîne une incapacité de travail durable. A cet égard, la Dresse E _____ relève que le suivi psychiatrique du Dr B _____ a été interrompu après la première hospitalisation en raison d'un état considéré comme stabilisé et que ce médecin n'a jamais certifié une incapacité de travail de longue durée pour des raisons psychiatriques. Enfin, l'expertise du Dr C _____ a mis en évidence de nombreux facteurs non-médicaux chez une assurée démonstrative, revendicatrice et quérulante à l'égard des assurances sociales. Cela étant, la Dresse E _____ estime nécessaire de demander un complément d'expertise au Dr C _____.
21. Dans son écriture du 22 mars 2011, l'intimé fait sien l'avis médical du SMR précité.

22. Dans ses écritures du 22 mars 2011, la recourante relève que la réponse du Dr H_____ met en doute les conclusions de l'expertise du Dr C_____ et conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Subsidiairement, elle demande l'audition du Dr H_____.
23. Par courrier du 30 mars 2011, la Cour de céans informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr J_____, psychiatre à Genève. Elle leur communique également la liste des questions à poser à l'expert.
24. Le 7 avril 2011, l'intimé fait savoir à la Cour de céans qu'il n'a pas de motif de récusation à faire valoir contre l'expert, ni question complémentaire à poser.
25. Le 18 avril 2011, la recourante informe la Cour de céans qu'elle n'a pas non plus de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti ni question complémentaire à poser. En ce qui concerne la procédure pénale, elle précise, à la demande de la Cour de céans, que cette procédure serait encore pendante à l'heure actuelle. En outre, une procédure est également pendante devant le Tribunal tutélaire, afin de déterminer la nécessité d'une mise sous tutelle.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'occurrence, les parties sont de l'avis concordant que l'instruction doit être complétée par une expertise psychiatrique. Tel est également l'avis de la Cour de céans.

Celle-ci sera confiée au Dr J_____, psychiatre à Genève.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr J _____
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme T _____.
 - Examiner personnellement l'expertisée.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics ?
 2. Quelle est la capacité de travail résiduelle de l'expertisée, sur le plan psychiatrique, dans son activité habituelle de nettoyeuse ou toute autre activité adaptée ?
 3. Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle cas échéant diminuée, sur le plan psychiatrique, et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis 2007 ?
 4. L'éventuelle incapacité de travail est-elle essentiellement due à des facteurs psycho-sociaux et socioculturels ou à une atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie ?
 5. Quel est votre pronostic ?
 6. Si vous ne deviez pas partager les conclusions de l'expertise du Dr C _____, pour quelles raisons vous en écarterez-vous ?
- D. Invite le Dr J _____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le