REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4843/2006 **ATAS/664/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 12 juin 2007

En la cause

Madame L_____, domiciliée , LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO-ANGHELOPOULO	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	Intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Florence BRUTSCH et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1953, a travaillé aux États-Unis et à Genève dans diverses activités, notamment en tant que serveuse.

2. Elle a séjourné du 24 août au 5 septembre 1988 à la clinique de neurochirurgie de (ci-après : "établissement hospitalier"). Le 26 août 1988, la recourante a subi une discectomie par voie interlamaire gauche en raison d'une hernie discale L5-S1 gauche provoquant une violente douleur lombaire basse avec blocage et irradiation au niveau du membre inférieur gauche.

3. Des radiographies du thorax effectuées le 7 août 1996 ont mis en évidence un aspect cunéiforme des vertèbres dorsales et des ostéophytoses antérieures entrant dans le cadre d'une spondylose.

4. Une échographie abdominale pratiquée le 11 juin 1998 a permis de déceler une lithiase vésiculaire et une petite hernie inguinale bilatérale.

5. Des analyses sanguines mises en œuvre le 28 mars 2003 ont montré des résultats significatifs d'un contact avec le virus de l'hépatite C.

6. Des radiographies de l'épaule droite du bassin et du pied droit effectuées le 13 juin 2003 ont révélé, d'une part à l'épaule droite, une érosion avec effraction corticale au niveau du trochiter, d'autre part au bassin, une bascule et une coxarthrose bilatérale légèrement plus marquée à droite, enfin au pied droit, une ancienne fracture du bord interne de la première phalange du gros orteil.

7. Le 9 novembre 2004, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une dépression depuis 2002, un problème de dos et de pied droit, une arthrose à l'épaule droite, de l'emphysème, une hépatite C et de la fatigue.

8. Dans un rapport du 3 février 2005, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une ancienne toxicomanie à l'héroïne en cure de méthadone, une dépendance aux benzodiazépines, un état dépressif (bipolarité ?), une ancienne hernie discale, une hernie inguinale gauche, une lithiase vésiculaire, des séquelles d'accident de l'épaule droite, une spondylose dorsale, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une hépatite C non évolutive existant depuis août 1996 et des névralgies intercostales intermittentes. Il a estimé que l'état de santé de la patiente s'aggravait. Il a indiqué que la patiente se sortait non sans peine de sa toxicomanie à l'héroïne, et qu'elle souffrait de nombreuses surinfections pulmonaires avec asthme saisonnier, de dorso-lombalgies et sciatalgies intermittentes sur fond dépressif. Il a

expliqué qu'elle aurait aimé reprendre une activité comme employée de bureau mais que ses difficultés de concentration, son manque de ponctualité, ses sautes d'humeur, sa mélancolie et ses phases d'irritabilité paraissaient bien compromettre ce projet. Il a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 19 mars 2003.

9. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré, la recourante a indiqué, le 7 mars 2005, que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% dans le domaine du secrétariat en raison d'un besoin financier.

10. Dans un rapport du 10 août 2005, le Dr B_____, médecin au service médical de l'assurance invalidité (ci-après : SMR), a relevé que le Dr A_____ ne précisait pas le facteur déclenchant de l'incapacité de travail de 100% mais que ce mois correspondait au début des prestations de l'assurance-chômage. Il a estimé qu'il n'existait pas d'éléments d'ordre médical expliquant le début de l'incapacité de travail à 100% dès le 19 mars 2003 et il n'a retenu qu'une toxicomanie primaire à l'héroïne avec ses conséquences comportementales qui ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante.

11. Par décision du 19 août 2005, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) a rejeté la demande de rente estimant que l'incapacité de gain était due avant tout à la toxicodépendance qui, dans le cas de la recourante, n'entraînait pas d'invalidité au sens de la loi.

12. Le 12 septembre 2005, la recourante a formé opposition contre ladite décision.

13. Dans un certificat médical du 12 octobre 2005, le Dr C_____, médecin de la fondation PHENIX et généraliste, a indiqué que la patiente était suivie depuis novembre 2004 à la fondation et que son état tant physique que psychique ne permettait absolument pas d'envisager une reprise de travail.

14. Ce même médecin a diagnostiqué, dans un rapport du 21 décembre 2005, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés depuis 1975 (F. 11.22), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines (F. 13.22), un trouble dépressif récurrent (F. 33.1), un status après cure de hernie discale L5-S1 en 1988, des dorsalgies chroniques sur hernie discale D6-D7, une discopathie D11-D12, une hépatite C chronique, une gastrite chronique, un asthme bronchique et une coxarthrose bilatérale. Il a attesté une incapacité de travail à 100% depuis mars 2003. Il a exposé que la patiente souffrait de toxicomanie à l'héroïne depuis l'âge de 22 ans, qu'elle décrivait un état dépressif depuis l'adolescence avec tentative de suicide par overdose à l'âge de 23 ans, qu'elle avait effectué une première cure de Méthadone pendant cinq ans aux États-Unis en 1980, puis plusieurs cures à Genève et que, depuis novembre 2004, elle était en cure à la fondation PHÉNIX avec abstinence d'héroïne, arrêt de prise abusive de Dormicum, mais persistance de consommation espacée de cocaïne, environ une fois par semaine depuis deux ans. Il a ajouté qu'elle souffrait de douleurs aux hanches et

genoux sur arthrose importante, de céphalées sur rhinosinusite chronique partielle, enfin, depuis plusieurs années, de douleurs dorsolombaires avec hernie discale en 1988 avec découverte récente de nouvelle hernie discale au niveau D5-D6. Il a également mentionné un asthme bronchique connu avec fréquentes surinfections et une gastrite chronique investiguée récemment. Il a constaté un état général diminué, une thymie triste, une aboulie ainsi que des pleurs fréquents et la persistance d'une grande fragilité émotionnelle. Il a estimé que la situation globale tant physique que psychique rendait à l'évidence toute reprise du travail impossible. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie du 22 décembre 2005, il a précisé que cette dernière était la conséquence d'un état dépressif présent depuis l'adolescence, qu'elle existait depuis 1975 et qu'il s'agissait d'une polytoxicomanie importante ayant causé un dommage physique et/ou mental important. Il a demandé une évaluation psychiatrique et a fait état d'un traitement de substitution ainsi que d'une consommation occasionnelle de cocaïne.

15. Dans un rapport du 20 février 2006, le Dr D_____, médecin à la fondation PHÉNIX et psychiatre, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F. 33. 1) existant depuis 1976, une anxiété généralisée (F. 41.1), une dorsalgie chronique avec hernie discale D6-D7, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés depuis décembre 2004 (F. 11.22), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique (F. 14.26) existant depuis 2003, une hépatite C chronique et une dépendance aux benzodiazépines (F. 13.22). Il a attesté une incapacité de travail à 100% depuis mars 2003 en tant que barmaid. Il a exposé que la patiente, fille d'un père alcoolique, avait dû arrêter une école de coiffure aux États-Unis car son père n'avait plus d'argent, que ses parents s'étaient séparés alors qu'elle avait 17 ans et que la mère avait décidé de rentrer avec les enfants en Suisse mais que, pour échapper à ce retour, la patiente s'était mariée à l'âge de 18 ans aux États-Unis avec un alcoolique et était tombée rapidement enceinte. Elle avait commencé à déprimer et à consommer de l'héroïne à l'âge de 22 ans avant que le couple ne divorçât en 1977 après la naissance d'une fille dont la garde avait été confiée au père. Il a précisé que la patiente avait fait une tentative de suicide par overdose à l'héroïne et à d'autres produits alors qu'elle était jeune adulte. Il a expliqué que la patiente était seule, n'avait pas d'amis, se sentait très seule ainsi que dépressive et que sa santé en général se dégradait. Il a estimé qu'il lui était difficile de se prononcer concernant la rente d'invalidité et qu'actuellement la patiente présentait un état qui était plutôt favorable à une activité occupationnelle dans le cadre d'un atelier de l'assurance-invalidité. Dans l'annexe concernant la réinsertion professionnelle, le Dr D_____ a indiqué que l'activité de barmaid n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement en raison de troubles de la mémoire et de la fixation, d'une fatigue importante et d'une diminution de la concentration, mais

qu'on pouvait exiger qu'elle exerçât une autre activité en position assise, comme caissière par exemple, et qu'il fallait être attentif aux troubles de la mémoire, à la difficulté de concentration, à la lenteur, à la fatigue ainsi qu'aux crises de panique.

16. Dans un avis médical du 11 avril 2006, le Dr B_____ a estimé qu'au vu des conclusions des Drs C_____ et D_____, un doute existait tant sur l'état rhumatologique de la patiente que sur la question de savoir si la toxicomanie était primaire ou secondaire. Étant donné qu'il ne pouvait pas conclure en l'état, il a considéré comme indispensable de convoquer la patiente pour un examen rhumato-psychiatrique au SMR.

17. Dans un rapport du 14 août 2006, la Dresse E_____, médecin au SMR et psychiatre, a établi une anamnèse familiale, psychosociale ainsi que psychiatrique et a procédé à un examen psychiatrique. Elle a constaté une légère amplification verbale des plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance objectivable, mais n'a pas mis en évidence de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle a estimé que l'assurée était une femme instable, immature, labile, abandonnique qui présentait une structure de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Elle a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F. 11.22), de cocaïne (F. 14.20), de sédatifs ou d'hypnotiques (F. 13.25), et de dérivés du cannabis (F. 12.25). Elle a expliqué que, dans le cas de l'assurée, les toxicomanies n'étaient ni la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou encore une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. Elle a relevé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr D_____ ne remplissait pas les critères cliniques de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après : CIM-10). Elle a conclu, sur le plan psychiatrique, à l'absence de pathologie psychiatrique chronique et invalidante ainsi qu'à une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité.

18. Par décision sur opposition du 14 novembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition estimant que, selon son service médical, la recourante subissait les conséquences d'une toxicomanie primaire qui n'était pas une maladie invalidante au sens de la jurisprudence et que sa capacité résiduelle de travail était de 100% dans toute activité correspondant à son niveau de formation.

19. Par acte du 29 décembre 2006, l'assurée a recouru auprès du Tribunal de céans contre ladite décision sur opposition. Elle a conclu à ce qu'il lui soit octroyé, sous suite de frais et dépens, préalablement, un délai supplémentaire afin de compléter son recours en procédant notamment à une contre-expertise médicale sur le plan psychiatrique, principalement, une rente entière d'invalidité, subsidiairement, une

aide au placement. Elle a contesté que la toxicodépendance soit primaire. Elle a soutenu que cette dernière était secondaire aux troubles psychiatriques importants qu'elle subissait depuis son adolescence et qui provoquaient une incapacité de travail indubitable. Elle a estimé qu'une contre-expertise était nécessaire afin de chiffrer son degré d'incapacité de travail et qu'elle était d'autant plus justifiée que celle effectuée par l'intimé était à l'évidence expéditive dans la mesure où, d'une part, la Dresse E_____ n'avait donné aucun argument justifiant sa conclusion de toxicomanie primaire, d'autre part, avait passé sous silence son état dépressif chronique existant depuis l'adolescence en raison d'un contexte familial catastrophique. Enfin, elle a justifié l'octroi d'une aide au placement en raison de sa maîtrise imparfaite du français et de l'absence de travail depuis de nombreuses années.

20. Par écriture du 5 janvier 2007, la recourante a requis la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique car elle avait eu connaissance que la Dresse E_____ n'était reconnue par la FMH, ni comme spécialiste en psychiatrie, ni comme titulaire d'un titre FMH. En conséquence, elle a soutenu que le rapport d'expertise du 14 août 2006 n'avait aucune valeur.

21. Dans sa réponse du 12 février 2007, l'intimé a produit une prise de position du directeur de l'OCAI pour le canton de Vaud du 31 janvier 2007 agissant en tant qu'autorité de nomination du personnel du SMR pour la Suisse romande qui sera repris ultérieurement si nécessaire. Il a conclu au rejet du recours en se référant aux arguments mentionnés dans sa décision sur opposition.

22. Dans sa réplique du 1er mai 2007, la recourante a persisté intégralement dans les conclusions de son recours du 29 décembre 2006. Elle a relevé qu'indépendamment de la question de la titularité officielle ou non des diplômes de la Dresse E_____, l'expertise médicale psychiatrique à laquelle cette dernière avait procédé ne remplissait pas les critères jurisprudentiels de sorte qu'il y avait lieu d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique.

23. Le 11 mai 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 14 novembre 2006 a été reçue par la recourante le 20 novembre 2006 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 4 janvier 2007 (art. 38 al. 1 et 4 let. c LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 29 décembre 2006 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

5. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. 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 œuvre

une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. La recourante allègue, en se basant sur le rapport de son médecin traitant, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé prétend qu'elle est entière dans toute activité en s'appuyant sur le rapport du SMR. En outre, la recourante soutient que le rapport de la Dresse E_____ du 14 août 2006 n'a aucune valeur probante dès lors que cette dernière n'a pas de titre reconnu par la FMH et qu'il ne remplit pas les critères développés par la jurisprudence.

S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse E_____, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique. Le plenum de la juridiction a cependant jugé que ces circonstances n'avaient pas pour effet d'annuler la valeur juridique des rapports rendus avant la reconnaissance de son diplôme (procès-verbal du plenum du 12 avril 2007).

Il reste à en examiner la valeur probante au regard des critères retenus par la jurisprudence.

Dans son rapport du 14 août 2006, la Dresse E_____, a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F. 11.22), de cocaïne (F. 14.20), de sédatifs ou d'hypnotiques (F. 13.25), de dérivés du cannabis (F. 12.25). Elle a indiqué que, depuis l'âge de 20 ans en tout cas, la recourante avait développé une toxicomanie à l'héroïne et plus tard à la cocaïne avec ses amis toxicomanes. Selon son observation clinique, elle a considéré qu'il s'agissait d'une toxicomanie primaire. Elle a objectivé des troubles de la mémoire et un ralentissement psychomoteur d'intensité légère mais pas, en revanche, de troubles de la concentration ou de l'attention. En revanche, elle n'a constaté ni symptômes de la lignée dépressive, ni angoisse persistante, ni phobies, ni symptômes de la lignée psychotique. Elle a précisé que l'épisode dépressif moyen décrit par le Dr D_____ était en rémission complète. Elle a estimé que l'assurée était une femme instable, immature, labile, abandonnique qui présentait une structure de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Elle a conclu, sur le plan psychiatrique, à l'absence de pathologie psychiatrique chronique et invalidante ainsi qu'à une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité.

Ainsi que le relève avec raison la recourante, la Dresse E_____ conclut à une toxicomanie primaire sans aucunement motiver son appréciation autrement qu'en se référant à son observation clinique et sans préciser quels sont les éléments cliniques qui légitiment ses conclusions et alors même qu'elle reconnaît l'existence de troubles mentaux. Une motivation est pourtant indispensable puisque l'appréciation de toxicomanie primaire ou secondaire a une conséquence importante dans le domaine de l'assurance-invalidité. En effet, seule peut être considérée comme invalidante la toxicomanie qui est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur maladie ou qui a provoqué une atteinte à la santé

invalidante (cf. ATFA I 64/02 du 30 janvier 2003 et jurisprudence citée). Par ailleurs, une motivation détaillée se justifie d'autant plus que, dans le questionnaire en cas de toxicomanie du 22 décembre 2005, le Dr C_____ a donné une appréciation toute différente, à savoir que la polytoxicomanie importante est une conséquence d'un état dépressif présent depuis l'adolescence et qu'elle a causé un dommage physique et/ou mental important. De plus, dans son rapport du 20 février 2006, le Dr D_____ décrit des circonstances de vie (père et mari alcooliques, arrêt de la formation professionnelle en raison de problème d'argent du père, séparation des parents, mariage pour échapper à un retour en Suisse, divorce) pouvant parfaitement légitimer une telle appréciation.

Quant à l'absence d'état dépressif, il est pour le moins étonnant que la Dresse E_____ soit le seul médecin à procéder à une telle constatation, alors qu'il y a unanimité entre les médecins de la Fondation PHENIX pour admettre l'existence d'un état dépressif récurrent existant depuis l'adolescence avec notamment tentative de suicide par overdose. L'argument que les critères selon la CIM-10 ne sont pas présents chez la recourante pour poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen ne peut pas être retenu. En effet, au vu des positions divergentes de ses confrères au sujet des diagnostics posés, la Dresse E_____ ne pouvait pas se borner à renvoyer de façon générale ainsi que sommaire aux critères de la CIM-10, mais il lui appartenait de rendre vraisemblable ses objections en expliquant en détails pourquoi elle conteste tant les diagnostics posés par les médecins de la Fondation PHENIX que leur appréciation de la capacité résiduelle de travail et pourquoi elle pose un diagnostic divergent, en étayant ses allégations par une énumération précise des critères non réalisés. Par ailleurs, il est inexplicable que la recourante suive une thérapie individuelle ciblée sur l'action dépressive et la consommation de cocaïne si, comme le prétend la Dresse E_____, elle n'est pas dépressive.
Enfin, le status psychiatrique dépeint, d'une part, par les Drs F_____ et D_____, d'autre part, par la Dresse E_____ ne concorde pas, voire même est contradictoire, ce qui dénote une appréciation foncièrement différente des mêmes faits. En effet, la Dresse E_____ fait état, sans incidence sur la capacité de travail, de troubles de la mémoire et d'un ralentissement psychomoteur d'intensité légère qui ne correspondent en rien au status psychiatrique retenu par le Dr D_____. Pour sa part, celui-ci décrit un état anxio-dépressif, des insomnies, une fatigue importante, des troubles de la mémoire surtout de fixation, une consommation de cocaïne une fois par semaine en fumée, une solitude difficile à vivre, une labilité de l'humeur, des pleurs fréquents, des crises de panique avec une symptomatologie assez intense, une tristesse importante dans les moments de solitude avec des idées noires et tentative unique de suicide lorsque la patiente était jeune adulte, un ralentissement et une déstabilisation facile.

En définitive, le rapport de la Dresse E_____ est insuffisamment motivé et ses conclusions peu convaincantes de sorte qu'il ne remplit pas les conditions

jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence). Etant donné que le Dr C_____ n'est pas psychiatre, mais généraliste, et que le Dr D_____ a fait part de sa difficulté à se prononcer concernant la rente AI de la patiente en admettant toutefois l'existence d'un état plutôt favorable à une activité occupationnelle, il n'est pas davantage possible de statuer sur la base des seules constatations et conclusions des médecins de la fondation PHENIX.

De plus, le Tribunal relève que, selon l'avis médical du Dr B_____ du 11 avril 2006, à la lecture des conclusions des Drs C_____ et D_____, il existait un doute portant tant sur l'état rhumatologique de la patiente- vu les affections physiques diagnostiquées - que sur la question de savoir si la toxicomanie est primaire ou secondaire et qu'il voulait le dissiper par un examen rhumato-psychiatrique au SMR. Or, force est de constater que l'examen rhumatologique n'a jamais eu lieu de sorte que le doute quant à l'état rhumatologique de la recourante n'a pas pu être dissipé et existe toujours. Par ailleurs, il est peu vraisemblable qu'une patiente qui souffre de dorso-lombalgies sur hernie discale, de coxarthrose et de gonarthrose ait une capacité de travail entière dans une activité de serveuse comme le retiennent les médecins du SMR de façon peu convaincante.

7. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solution, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d' établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). 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).
Etant donné que l'intimé n'a procédé à aucun acte d'instruction tendant à déterminer si les dorso-lombalgies sur hernie discale, la coxarthrose ainsi que la gonarthrose entraînent une incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles dans la profession de serveuse, alors que le Dr B_____ estimait qu'un examen par un rhumatologue était indispensable, il a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais, de plus, il a failli à son devoir d'instruction d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. ci-dessus consid. 6). Par ailleurs, le rapport de la Dresse E_____ n'est pas suffisamment motivé et ses conclusions sont peu convaincantes de sorte qu'il n'a pas de valeur probante. En conséquence, le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire (orthopédiste ou rhumatologue et psychiatre) afin de déterminer, d'une part, si les dorso-lombalgies ainsi que la coxarthrose et la gonarthrose entraînent une incapacité de travail ou des limitations fonctionnelles

dans la profession de serveuse, d'autre part, si la toxicomanie est primaire ou secondaire et si elle entraîne une incapacité de travail, puis qu'il rende une nouvelle décision.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

9. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

*****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement (au sens des considérants) et annule les décisions de l'OCAI du 19 août 2005 et 14 novembre 2006.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17

juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier : La présidente

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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