

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/712/2010

ATAS/625/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 7 juin 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame P_____, domiciliée à Genève comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Bernard REYMANN **recourante**

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève **intimé**

Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente suppléante; Christine LUZZATTO et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Judges assesseurs

EN FAIT

1. P_____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante) est née en 1954, au Maroc.

Venue en Suisse en 1978, elle a acquis la nationalité de ce pays par mariage.

2. En date du 3 août 2006, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance invalidité, indiquant être une personne sans activité, aidée par l'Hospice Général depuis le 1^{er} novembre 2005, et n'avoir jamais travaillé ni en Suisse, ni à l'étranger. Elle a indiqué demander les prestations en question en raison de dépression, affection pour laquelle elle est traitée par le Dr A_____ depuis février 2006, ayant précédemment été suivie par le Dr B_____, depuis l'année 1990 environ.

3. Le rapport médical établi par le Dr A_____ le 28 septembre 2006, ayant suivi l'assurée depuis le 18 juillet 2005 et l'ayant examinée pour la dernière fois le 26 septembre 2006, indique comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail : « Etat anxiodépressif récurrent avec dépendances aux substances psychotropes anxiolytiques, y compris dépendances fluctuantes à l'alcool, existant sans doute depuis plus de 20 ans. Plaintes somatoformes diffuses sans substrat organique » Selon ce médecin, sa patiente est sans emploi depuis son arrivée en Suisse, plus de 20 ans auparavant. L'état de santé de cette dernière s'aggrave, sans que sa capacité de travail ne puisse être améliorée ni par des mesures médicales, ni par des mesures professionnelles, ni par des moyens auxiliaires. L'assurée n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de sa vie. Un examen médical complémentaire est nécessaire.

Le Dr A_____ précise que sa patiente, originaire du Maroc, en Suisse depuis plus de 20 ans, a connu deux mariages avec divorces successifs. Elle n'a jamais eu d'emploi rémunéré. Elle a eu une consommation d'alcool irrégulière et excessive, de même que de substances psychotropes et anxiolytiques. Depuis qu'il connaît sa patiente, cette dernière adhère de manière irrégulière au traitement, en passant le voir lorsque le besoin de médicaments se fait sentir ou lorsqu'elle ne se sent pas bien. La patiente a déjà également présenté plusieurs chutes qui l'ont conduite aux urgences des HUG. La patiente se plaint chroniquement de fatigue, de vertiges, ainsi que de tristesse saisonnière, se sentant nettement mieux par beau temps ou lorsqu'elle a l'occasion d'être au Maroc. Elle souffre également de solitude et d'un manque de réseau social solide. Selon les constatations objectives du médecin, sa patiente est chroniquement déprimée et fatiguée, avec une inappétence et des abus fluctuants de substances psychotropes et d'alcool. L'adhésion au traitement et au suivi médical est irrégulière, malgré toutes les tentatives entreprises. La solitude et la

mauvaise saison sont des éléments aggravant nettement la situation psychique, ainsi que les plaintes somatoformes. Les examens sanguins réalisés sont compatibles avec une consommation éthylique excessive irrégulière. Le Dr A_____ préconise comme thérapie/pronostic, un soutien et une écoute attentive au cabinet médical qui fait office de point de contact et est sans doute un facteur de stabilité pour la patiente. Toutefois, la difficulté d'adhésion au traitement et la mauvaise compliance, sont des facteurs de mauvais pronostic. Du point de vue professionnel, le médecin doute fort que l'on puisse compter sur la collaboration de sa patiente. Concernant un examen médical complémentaire, il pense qu'il serait judicieux de faire pratiquer une évaluation psychiatrique, ainsi que des tests neuropsychologiques, afin d'évaluer des troubles mnésiques également signalés par la patiente.

Dans le rapport de réinsertion professionnelle annexé au rapport médical précité, le Dr A_____ précise que l'on ne peut améliorer la capacité de travail, ni exiger de l'assurée qu'elle exerce une activité. Il fait état de limites fonctionnelles, à savoir que l'assurée ne devrait pas travailler à genou, ni en position accroupie ; elle n'a pas de fonctionnement intellectuel normal ; elle ne devra pas travailler avec un horaire de travail irrégulier, de nuit/matin, ni en hauteur/ sur une échelle, ni avec des déplacements sur sol irrégulier ou en pente ; son comportement n'est pas acceptable par l'entourage ; le froid, le bruit et les poussières devraient être évités ; la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel est faible, avec un taux d'absentéisme prévisible important. Le Dr A_____ mentionne que la capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes est de 0 %.

Suite à la demande de rapport médical adressé par l'OAI au Dr B_____, le Dr A_____ a indiqué que ce dernier ne pratiquait plus depuis environ 2 ans, par courrier du 5 octobre 2006.

4. Sur demandes complémentaires de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après également : OAI ou l'intimé), le Dr A_____ a indiqué par rapport supplémentaire du 1^{er} mars 2007 qu'une prise en charge psychiatrique, en particulier face à la problématique de dépendance aux substances psychotropes, y compris l'alcool, a été plusieurs fois envisagée avec la patiente qui a clairement exprimé à ce sujet son manque de motivation. Celle-ci est effectivement plus ouverte à un suivi médical, avec soutien et surtout grande disponibilité du médecin. Cette patiente souffre d'un problème de solitude avec déracinement socioculturel. Elle souhaiterait vivement vivre au Maroc, souffrant de devoir rester à Genève pour des raisons économiques. Le médecin a effectivement pu constater lui-même que lors de séjours effectués dans son pays, la patiente revenait souriante et avec une consommation probablement réduite de substances psychotropes.

Des tests biologiques effectués à plusieurs reprises (juillet 2005, décembre 2005, mars 2006), n'ont jamais révélé de perturbation typique des tests épathiques (GGT et transaminases, dans la norme). Selon le médecin, il s'agit de toute évidence d'une consommation occasionnelle excessive, au gré des troubles de l'humeur, mais pas d'une dépendance en tant que telle à l'alcool et probablement de même pour les psychotropes.

5. Considérant que les éléments médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier avaient établi que l'atteinte à la santé de l'assurée n'était pas invalidante au sens de l'assurance invalidité, puisqu'il s'agissait d'un problème de solitude avec déracinement socioculturel, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, le 21 mai 2007.

L'OAI indique en outre qu'il n'y a pas d'atteinte somatique liée à la consommation d'alcool qui reste occasionnelle. Les troubles psychiques sont manifestement en relation avec l'émigration, sans autre cause signalée. Dès lors, l'atteinte à la santé ne relève pas de l'assurance invalidité.

6. Durant l'année 2007, l'assurée a fait environ 6 passages au service des urgences des HUG, toujours dans le contexte de mise en danger ou d'hétéro agressivité, liée à l'abus d'alcool et de médicaments. Au cours d'une hospitalisation non volontaire à la Clinique de psychiatrie de Belle-Idée, du 23 novembre 2007 au 3 décembre 2007, la problématique de dépendance à l'alcool, aux sédatifs et aux hypnotiques, ainsi qu'un état dépressif, est relevée. L'assurée est orientée pour un suivi ambulatoire auprès de la consultation d'alcoologie des Acacias.

Après plusieurs tentatives de suivis en ambulatoire auprès des différentes consultations des HUG, l'assurée est suivie par la Dresse C _____, médecin psychiatre, auprès de la Permanence de Chantepoulet.

En été 2009, l'assurée est incarcérée durant une quinzaine de jours, suite à une condamnation pour vol à l'étalage et diverses infractions répétées.

7. Le 9 juillet 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité, en raison de dépression et d'addiction à l'alcool et aux médicaments, indiquée comme existante depuis le mois de novembre 2005. Elle indique être suivie sur le plan physique par le Dr A _____ et sur le plan psychiatrique pour sa dépression ainsi que pour le problème d'alcool, par la Dresse C _____.
8. Selon les extraits du compte individuel AVS établis par la Caisse cantonale genevoise de compensation, toutes les cotisations versées par l'assurée l'ont été en tant que personne sans activité lucrative ou du fait de la part du revenu provenant du conjoint.

9. En date du 22 septembre 2009, la Dresse C _____ a adressé un rapport médical à l'OAI, indiquant que l'assurée lui avait été adressée par son médecin-traitant, le Dr A _____. Elle la suivait depuis le 23 septembre 2008, sur le plan psychiatrique et avec un traitement médicamenteux. Au cours de sa première évaluation, les symptômes d'un état dépressif avaient été présents (thymies triste, fatigue importante, ruminations invalidantes, très irritable, appétit réduit, trouble du sommeil malgré le traitement somnifère, isolation sociale) et la patiente avait évoqué sa dépendance à l'alcool. Elle avait continué son traitement antidépresseur (Sypralex 10 mg/j), Seresta (45 mg/j), comme anxiolytiques, Stilnox (10 mg/j) comme somnifère, et un suivi psychothérapeutique programmé. Elle avait constaté les derniers temps une péjoration de l'état dépressif (échelle de Hamilton 30 points). Le traitement antidépresseur avait été augmenté à 20 mg/j et le traitement somnifère changé à plusieurs reprises (Stilnox cr 12,5 mg/j, Domicum 7,5 mg/j, Dalmadorm 30 mg/j). La patiente restait très fragile sur le plan psychique. Si elle continuait avec ses consommations d'alcool, il faudrait envisager une nouvelle hospitalisation à la psychiatrie adulte de Belle-Idée, en vue de prévenir son comportement agressif.

Le diagnostic établi par la Dresse C _____ était :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F 33.2 ;
- troubles mentaux/comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue F 10.15 ;
- troubles mentaux/ comportement liés à l'utilisation de sédatifs, utilisation continue F 13.25.

Le traitement pris était : Sipralex (20 mg/j), comme antidépresseur, Seresta (45 mg/j), comme anxiolytique, et Dalmadorm (15 mg/j) comme hypnotique.

10. En date du 26 janvier 2010, l'OAI a adressé une décision de refus de prestations à l'assurée.

L'OAI a considéré qu'après la décision du 21 mai 2007, contre laquelle l'assurée n'avait pas formé recours, il convenait d'examiner le changement de situation éventuellement intervenu entre celle qui avait été considérée sous l'angle de la première décision et celle qui prévalait au dépôt de la deuxième demande. Le certificat de la Dresse C _____ établi en septembre 2009 mentionnait les mêmes éléments que ceux qui avaient été retenus lors du précédent refus. Il n'y avait donc pas d'aggravation manifeste de l'état de santé, ni de nouvelles atteintes.

11. En date du 25 février 2010, l'assurée a formé recours contre cette décision de refus et sollicité un délai pour compléter ses écritures.

Elle a conclu à l'annulation de la décision du 26 janvier 2010, à ce qu'il lui soit octroyé une rente complète dès juillet 2009 et à ce qu'il lui soit alloué une équitable indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire.

12. Par décision du 12 février 2010, la vice-présidente du Tribunal de première instance a octroyé le bénéfice de l'assistance juridique à la recourante dans le cadre de la procédure de recours, nommant à la défense de ses intérêts Me Bernard REYMANN, avec effet au 10 février 2010.

13. Par écritures complémentaires du 1^{er} avril 2010, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions, sollicitant qu'au préalable, il soit ordonné de procéder à une enquête économique sur le ménage à son domicile.

Elle a fait valoir que les troubles qu'elle présentait persistaient et s'aggravaient, toutes les tentatives de prises en charge spécialisée ayant échoué. Se référant au rapport établi en octobre 2006 par le Dr A_____, ainsi qu'au courrier du 1^{er} mars 2007 de ce dernier, puis au rapport médical de la Dresse C_____ du 22 septembre 2009, elle a soutenu que son cas répondait au critère d'octroi d'une rente de l'assurance invalidité. Elle invoque la péjoration de son état dépressif, souligné par la Dresse C_____ dans son rapport du 22 septembre 2009, ce qui rendait la situation différente de celle qui avait prévalu lors de la première décision de refus de l'OAI.

Enfin, elle a souligné qu'une incapacité de travail totale de 100 % était établie, de sorte qu'il y avait lieu de présumer que son incapacité de travail concernait également les travaux habituels, alors même qu'aucun médecin ne s'était prononcé quant à sa capacité d'accomplir lesdits travaux.

14. Par écritures de réponse du 6 mai 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 26 janvier 2010.

Se prononçant sur un courrier du Dr A_____ du 1^{er} mars 2010, auquel s'est également référée la recourante, l'OAI persiste dans ses précédentes considérations.

En effet, ce courrier indique notamment : « Je vois en consultation depuis le 10 juillet 2005 la recourante de façon régulière pour une symptomatologie anxio-dépressive avec dépendance aux substances psychotropes et anxiolytiques, y compris dépense et abus d'alcool, existant de façon récurrente depuis plus de 20 ans et évoluant avec quelques brèves améliorations passagères.

Cette symptomatologie et les dépendances associées sont à mettre dans le contexte d'une grande solitude et d'un isolement socioculturel, où la patiente n'a pas réussi à s'intégrer de façon satisfaisante, en décours de mariages infructueux. Les tentatives de prise en charge spécialisées (psychiatrie) ont également échoué jusqu'à ce jour avec au cours du temps une tendance à l'aggravation des troubles présentés par la patiente ».

Les éléments apportés ne permettant pas à l'OAI de faire une appréciation différente du cas, dans la mesure où les troubles décrits par le praticien précité sont essentiellement liés à l'utilisation abusive de certaines substances, considérant ainsi qu'il ne pouvait que confirmer que la condition d'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et la jurisprudence n'était pas remplie en l'espèce, l'OAI a confirmé ses précédentes considérations.

15. En date du 7 septembre 2010, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.

A cette occasion, la recourante était absente.

Son conseil a indiqué au Tribunal qu'elle avait été placée sous tutelle par décision du 11 août 2010 du Tribunal tutélaire, déposant une copie de l'ordonnance y relative.

L'OAI a indiqué n'avoir pas effectué d'enquête ménagère, car dans le cadre de la première demande, il n'y avait pas de trouble invalidant, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de déterminer de taux d'invalidité.

Dans le cadre de la nouvelle demande, il n'y avait pas non plus lieu d'en effectuer une, puisqu'il s'agissait d'une investigation complémentaire qui ne s'imposait pas, l'état de santé de la recourante ne s'étant pas détérioré.

16. Lors de l'audience d'enquêtes du 7 septembre 2010, la Dresse C _____, médecin-psychiatre, a confirmé avoir suivi la recourante du 23 septembre 2008 au mois de décembre 2009, ayant pratiqué un suivi thérapeutique bimensuel et un traitement médicamenteux. Elle pouvait confirmer trois hospitalisations de la recourante, à savoir une hospitalisation du 26 au 29 septembre 2005 pour abus médicamenteux et épisode dépressif moyen, une autre du 26 novembre au 1^{er} décembre 2005 pour dépendance à l'alcool et épisode dépressif moyen, enfin une troisième du 23 novembre au 3 décembre 2007 pour dépendance à l'alcool, sevrage, dépendance de benzodiazépine et épisode dépressif moyen. Elle notait que la benzodiazépine était un anxiolytique utilisé dans le cadre du sevrage de l'alcool. A sa connaissance, il n'y avait pas eu d'autre hospitalisation. Il était toutefois possible que la recourante ait été évaluée à la consultation d'urgence de psychiatrie des HUG, sans qu'elle le lui ait forcément dit.

Dans le cadre du suivi thérapeutique, elle avait tout d'abord tenté de créer une relation de confiance avec la patiente pour envisager par la suite de la diriger vers un traitement de sevrage. S'agissant du traitement médicamenteux, la Dresse C_____ a confirmé la teneur de son certificat médical du 22 septembre 2009. Elle a ajouté que le suivi de la recourante avait été compliqué par des absences répétées, raison pour laquelle elle avait dû mettre fin à son suivi en décembre 2009. A plusieurs reprises, elle avait pris contact avec l'assistante sociale de la recourante qui ne connaissait pas non plus les raisons de ses absences.

Quant à l'évolution de sa patiente durant le suivi, elle avait tenté de la diriger vers un sevrage hospitalier, lequel lui semblait indispensable. Un sevrage hors d'un tel cadre n'avait pas de chance de succès. Elle lui avait également proposé d'être suivie pour sevrage par la consultation alcoologique des Acacias, spécialisée en matière de dépendance à l'alcool et qui offrait un cadre structurant avec des consultations quotidiennes et des contrôles. La recourante s'était montrée ambivalente quant son intention d'entamer un sevrage. Elle n'avait pas donné suite à ces propositions. Durant son suivi, elle ne pouvait pas dire que l'état de la recourante sur le plan dépressif se soit amélioré, probablement en raison du fait que cette dernière ne prenait pas ses médicaments assez régulièrement. Elle avait toutefois constaté que lorsqu'elle avait été incarcérée en été 2009, environ deux mois selon ses souvenirs, puis qu'elle était partie un mois dans sa famille au Maroc, la recourante avait vu son état psychique s'améliorer. Durant ces périodes, elle prenait régulièrement ses médicaments et ne consommait pas d'alcool. Lorsqu'elle était revenue à Genève, la situation s'était à nouveau détériorée. La Dresse pensait que dans sa famille au Maroc, sa patiente n'avait pas consommé d'alcool pour des raisons culturelles.

Durant son suivi, elle avait pu constater une amélioration de l'état de santé de sa patiente, avec une régularité de suivis des rendez-vous. Par la suite, la situation s'était détériorée, jusqu'aux événements qui l'avaient menée à son incarcération. Cette incarcération avait été suivie par une période de stabilisation. Enfin, elle avait pu constater que l'état de sa patiente se détériorait, dans la mesure où elle venait alcoolisée aux rendez-vous et se montrait de plus en plus irritable. La Dresse C_____ pensait que la consommation d'alcool de la recourante était liée à un trouble de la personnalité. Cela lui permettait de se sentir mieux momentanément. Elle souffrait beaucoup de solitude car elle ne possédait pas de famille à Genève. Durant son suivi médical, sa situation familiale n'avait pas changé. Elle lui avait parlé de quelques amies de la même origine qu'elle. Son réseau social était restreint. Il s'agissait d'une personne très sensible qui avait un trouble de la personnalité et qui utilisait l'alcool comme automédication pour lutter contre son mal être et sa solitude. Récemment, elle avait rencontré la recourante près de la Permanence. Cette dernière lui avait dit qu'elle était suivie à la consultation des Acacias.

Elle pensait que si la recourante arrivait à se sevrer et par la suite bénéficierait d'un suivi psychiatrique régulier, son état psychique pourrait s'améliorer. Il faudrait également qu'on l'aide pour organiser sa vie quotidienne, afin qu'elle retrouve la stabilité. Durant les périodes où elle consommait régulièrement de l'alcool, la recourante lui avait indiqué qu'elle rencontrait des difficultés à assumer ses tâches ménagères quotidiennes. Au sujet de la dépendance aux médicaments, elle confirmait son rapport du 22 septembre 2009, indiquant que la recourante était très demandeuse de médicaments. Elle travaillait sur la confiance et ne pouvait pas vérifier ce que les patients consommaient quotidiennement. Toutefois, elle essayait d'évaluer ce qu'il en était en notant quels étaient les médicaments utilisés et ordonnés à chaque rendez-vous. Durant le suivi thérapeutique, elle avait rédigé les certificats d'incapacité totale de travail à l'intention de l'assistante sociale de la recourante. Elle confirmait que durant cette période, son incapacité de travail était totale. S'agissant de l'amélioration de la situation, au niveau de la capacité de travail de la recourante, elle était envisageable pour autant que cette dernière accepte d'effectuer un sevrage de l'alcool. Elle insistait toutefois sur le fait que l'idée de ne plus consommer d'alcool devait être acquise pour qu'un tel sevrage soit efficace sur la durée.

17. Après l'audience précitée, le conseil de la recourante a fait parvenir au Tribunal cantonal des assurances sociales l'expertise psychiatrique établie le 7 juillet 2010 par les Dresse D _____ et le Dr E _____, du Département de psychiatrie des HUG, ayant prévalu à l'ordonnance de mise sous tutelle du 11 août 2010.

Les diagnostics posés par cette expertise étaient les suivants, selon les critères de la CIM-10 (classification internationale des maladies-10^{ème} version, OMS Genève, Masson, Paris 1993) :

- trouble mental et comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue F 10.25 ;
- trouble mental et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue F 13.25 ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression légère F 33.0.

Les experts concluaient que l'ensemble des troubles diagnostiqués étaient assimilable à une maladie mentale, de sorte que M _____ était incapable de gérer seule ses affaires et que son état nécessitait des soins et des secours permanents. De par ses abus d'alcool et de médicaments, elle représentait une menace pour sa sécurité et une menace pour la sécurité d'autrui, ayant par le passé fait des menaces à des tiers, sous l'emprise de l'alcool. L'état constaté était durable.

L'expertise du 7 juillet 2010 s'était basée sur deux entretiens avec la recourante, deux entretiens téléphoniques avec le Dr A_____, un entretien téléphonique avec la Dresse C_____, un autre avec Madame N_____, assistante sociale à l'Hospice Général, un entretien téléphonique avec Me Bernard REYMANN et la lecture du dossier transmis par la Tribunal tutélaire.

Ce rapport contient une anamnèse personnelle et familiale de l'expertisée, un statut somatique, un statut psychiatrique, développé, la pose de diagnostics et une discussion aboutissant aux conclusions susmentionnées.

18. En date du 7 décembre 2010, le Dr A_____, médecin traitant de la recourante, spécialiste FMH en médecine interne, a été entendu.

Il a indiqué exercer un suivi régulier de la recourante, à la demande, en tout cas une fois par mois. Cette dernière souffrait toujours des mêmes angoisses et des troubles du sommeil, comme de troubles physiques liés au contexte général sans toutefois qu'il y ait de pathologie somatique avérée. Sur le plan somatique, il y avait des modifications du bilan épathique selon les périodes. On constatait cependant une certaine stabilisation de sa situation sur le plan somatique, ce qui était dû au fait que la recourante vivait des périodes d'abstinence et que, contrairement à d'autres patients souffrant de la même dépendance, s'alimentait de manière satisfaisante.

Sur la plan psychique, la situation pouvait être qualifiée de stationnaire, sans qu'il ait constaté ni une véritable amélioration, ni une péjoration particulière.

Ce qu'il avait pu constater sur la durée, c'était que lors des périodes où la recourante pouvait bénéficier de contacts sociaux ou de relations affectives, sa situation de consommation s'améliorait et elle devenait sobre. Par contre, lorsqu'elle rencontrait des périodes qu'il appellerait « trou noir », tous s'effondrait, ce qui pouvait même la conduire sur la voie publique, à être hospitalisée par exemple. Lors de ces interventions, les médecins mettaient en place une organisation de sa vie, notamment un suivi médicamenteux qui permettait à la situation de s'améliorer. Ce qui était compliqué, c'était de s'assurer que le traitement continuait d'être suivi dans la durée. Il relevait toutefois que la recourante continuait à venir le consulter régulièrement, ce qui lui permettait d'intervenir sur le plan médicamenteux, parfois d'une manière un peu plus soutenue qu'il ne le ferait pour un autre patient. A sa connaissance et d'après ses constatations, la recourante était une personne soignée, à l'exception des périodes précitées. Il ne s'était jamais rendu à son domicile, mais à la teneur de son aspect habituel, il pensait qu'il pouvait être qualifié de « dans la norme ». Il n'avait pas connaissance du fait qu'elle ait eu besoin d'intervention de la FSASD, par exemple, dans le cadre de la tenue de son ménage.

En référence à son rapport du mois de mars 2010, dans lequel il faisait état d'une « tendance à l'aggravation », il ne pouvait pas qualifier la situation de véritablement stabilisée, mais plutôt de stationnaire dans le sens où les problèmes étaient toujours les mêmes. Il n'y avait pas d'aggravation en tant que telle. Cependant, au fil du temps, il y avait évidemment un risque de délabrement sanitaire dans le cadre de ces comportements « à risque », ce dont la recourante était consciente.

En référence avec le diagnostic posé dans son rapport du 5 octobre 2006, la consommation abusive de calmants et de somnifères mélangés à de l'alcool, résultait notamment des constatations qu'il avait pu faire dans son suivi médical. Comme déjà indiqué, à la demande de la patiente, il prescrivait parfois des quantités de médicaments qui allaient au-delà de ce qui serait totalement adéquat pour elle. Il constatait que dans ce cadre, elle n'avait pas fait de « tourisme médical » de manière à obtenir plus de prescriptions d'autres collègues.

Les besoins d'alcool et de consommation de médicaments étaient liés à de très fortes montées d'angoisses qui poussaient le recourante à chercher de l'aide auprès de lui ou à consommer. Elle prenait des cocktails de substances, de manière à pouvoir dormir. Lorsqu'elle vivait recluse chez elle, cela ne posait pas de problème. Toutefois quand elle sortait, cela pouvait engendrer des comportements à risque.

S'agissant du rapport d'expertise à la base duquel la décision de mise sous tutelle avait été prise en août 2010, lequel faisait état du fait que l'ensemble des troubles présentés par la recourante était assimilable à une maladie mentale, ce terme était très vaste. Il ne pensait pas que l'on puisse dire que la recourante souffrait d'une maladie mentale de fond. Elle avait des prédispositions aux troubles que l'on avait pu constater chez elle. Toutefois, l'apparition de ces troubles s'était faite en fonction de facteurs environnementaux. Il s'agissait en ce qui la concernait de difficultés liées au déracinement et à une grande solitude. Une chronicité de ces troubles pouvait désormais être constatée.

Vu la situation actuelle, il imaginait difficilement que la recourante puisse reprendre une quelconque activité professionnelle. Il confirmait que lorsque cette dernière pouvait se « ressourcer » ou « prendre l'air » dans son pays d'origine, sa situation s'améliorait considérablement. Dernièrement par exemple, elle avait vécu une période d'abstinence en raison du Ramadan, qu'elle avait suivi. S'il lui était possible de pouvoir avoir un contact régulier avec son pays d'origine, sa situation médicale serait susceptible d'amélioration. Durant les périodes d'amélioration liées au contact avec son pays d'origine, les besoins médicamenteux de la recourante étaient réduits.

Il était difficile de dire ce qui était à l'origine de quoi. Toutefois, à la question de savoir si la thymie de la recourante était influencée par sa consommation d'alcool, il était scientifiquement prouvé qu'à hautes doses, l'alcool est un déprimeur.

La recourante n'avait jamais fait état auprès de lui de difficultés liées à la prise en charge de ses tâches ménagères, ni sollicité de sa part un cautionnement pour l'intervention de la FSASD par exemple.

19. Le même jour, une audience de comparution personnelle a eu lieu.

La recourante a indiqué au Tribunal qu'elle s'était rendue une fois ou deux au centre de consultation des Acacias, ne s'y étant plus rendue depuis quatre mois environ.

Sur quoi, un délai au 18 janvier 2011 a été accordé aux parties pour se déterminer sur les enquêtes.

20. Par écritures du 18 janvier 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a souligné les déclarations des témoins qui selon elle, avaient établi une aggravation de son état de santé entre la première et la deuxième décision de refus de rente AI.

21. Par écritures du 18 janvier 2011, l'OAI a indiqué avoir soumis toutes les dernières pièces du dossier à son service médical, le Service Médical Régional AI pour la Suisse romande. Selon ce dernier, le contenu des pièces supplémentaires, à savoir essentiellement les procès-verbaux d'enquêtes des 7 septembre 2009 et le rapport d'expertise du 7 juillet 2010, la recourante présentait clairement une toxicomanie primaire avec trouble dépressif séquellaire. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait que maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

22. Par la suite, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 1.1. Conformément à l'art. 56v al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des Assurances sociales connaissait, 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) relative à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 LOJ du 9 octobre 2009).

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

1.2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique en l'espèce.

La décision litigieuse du 26 janvier 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révision, entrées en vigueur respectivement en date des 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008. Cette décision porte sur la demande de prestations invalidité déposée par la recourante le 17 juillet 2009, faisant suite à une précédente décision de rejet de prestations entrée en force, notifiée le 21 mai 2007 et n'ayant fait l'objet d'aucun recours.

Dès lors, les questions de procédure et de fond doivent être examinées au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

1.3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours du 13 juillet 2009 est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

1.4. Selon la jurisprudence en relation avec l'art. 17 LPGA, une rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/2a). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Lorsque l'assuré, après s'être vu signifié par les organes de l'assurance invalidité, dans une décision entrée en force formelle, qu'il n'avait pas droit aux prestations de cette assurance, réitère sa demande, on parle de nouvelle demande. Cette hypothèse est réglée par l'art. 87 al. 4 RAI qui renvoie aux conditions posées par l'al. 3 de cette même disposition pour l'examen d'une demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision, selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification au principe jurisprudentiel développé sous le régime de l'ancien article 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI, la révision a lieu d'office lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité.

Conformément aux al. 3 et 4 de l'art. 87 RAI, la nouvelle demande de prestations doit établir de manière plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 246 consid. 1a et références).

2. 2.1. Est litigieuse dans le cas d'espèce la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance invalidité suite à sa nouvelle demande du 17 juillet 2009.

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). Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;
- b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- c. aux termes de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à apporter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux ont peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

Dans l'assurance invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'Assurance Invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'Institution de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, page 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen d'une preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008 dans la cause 9C_773/2007 consid. 2.1).

S'agissant de la valeur probante des 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 partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, page 44 ; RCC 1988, page 504 consid. 2).

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 ; VSI 2001, page 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constituent 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, page 32 consid. 2a, 1996, p. 319 consid. 2a).

2.2. A l'examen de l'intégralité des rapports produits au dossier, ainsi que des déclarations des témoins entendus, la Cour constate que la situation sur le plan de santé de la recourante ne s'est pas aggravée de manière significative entre la

première procédure d'instruction ayant mené à la décision de refus de prestations du mois de mai 2007 et la deuxième décision.

Les problèmes de santé évoqués et établis sont identiques, de sorte que l'on peut exclure toute erreur dans l'état de fait retenu par l'OAI pour rendre la première décision.

Tant le médecin-traitant de l'assurée que son ancienne psychiatre, les Drs A_____ et C_____ ont évoqué la possibilité pour la recourante de voir son état de santé s'améliorer pour le cas où elle acceptait d'être conséquente dans les mesures de sevrage préconisées.

La question de savoir si l'entreprise d'un traitement contre sa dépendance à l'alcool et aux médicaments est exigible, il doit être répondu par l'affirmative. En effet, les troubles psychiatriques diagnostiqués en ce qui concerne la recourante ne sont pas de nature à empêcher la formation de sa volonté sur ce point.

Certes, l'expertise établie le 7 juillet 2010 par les Drs C. D_____ et E_____ fait-elle état de maladie mentale à laquelle l'ensemble des troubles diagnostiqués pour la recourante est assimilable.

Cela étant, force est de constater que les diagnostics posés par ces médecins à l'égard de la recourante sont identiques à ceux que la Dresse C_____ a mentionnés dans son rapport du 22 septembre 2009.

Cette dernière, faisait état à cette date d'un épisode dépressif sévère. Toutefois, entendue le 7 septembre 2010, la Dresse C_____ s'est clairement prononcée en faveur d'une amélioration de l'état de santé de la recourante envisageable pour autant que celle-ci accepte d'entamer un sevrage conséquent, avec l'aide d'un suivi psychiatrique régulier.

Ce médecin avait également pu constater une amélioration de l'état de santé de sa patiente, lors de la régularité des suivis de rendez-vous. Après le sevrage forcé de la période d'incarcération, la recourante avait bénéficié d'une période de stabilisation.

Quant au Dr A_____, il s'est prononcé en défaveur de la qualification de maladie mentale s'agissant de la recourante. Il avait également pu constater que l'état de santé de la recourante était susceptible d'amélioration, lorsque cette dernière bénéficiait de contacts plus réguliers ou plus rapprochés avec son pays d'origine.

Les deux médecins précités ont clairement établi un lien entre la situation d'exil et de solitude sociale et familiale présentée par la recourante et sa consommation de substances alcooliques ou médicamenteuses.

Ils ont également tous deux fait état de troubles de la personnalité, à l'origine de prédispositions de la recourante pour les troubles dépressifs et de dépendance présentés, sans faire état, bien qu'ils aient confirmé l'incapacité de travail totale de la recourante durant ses périodes de consommation excessive, de limitation fonctionnelle physique ou intellectuelle, l'invalidant.

La recourante n'a pas non plus mentionné à l'un ou l'autre des problèmes quant à la tenue de son ménage, ou dans sa vie quotidienne, à l'exception des périodes qualifiées de « trous noirs » par le Dr A_____. Elle-même n'en invoque d'ailleurs pas, se contentant d'indiquer que ceux-ci sont « présumés » du fait de son incapacité de travailler.

Au vu de ce qui précède, le lien entre les troubles présentés par la recourante et des facteurs environnementaux culturels, sociaux-affectifs, est établi.

On ne saurait dès lors considérer que la recourante présente une maladie invalidante au sens de la loi et de la jurisprudence relative à l'assurance invalidité, du fait des troubles qu'elle rencontre, de manière régulière, depuis plus de 20 ans.

Quant à l'expertise du 7 juillet 2010, il y a lieu de souligner qu'elle a été établie dans un contexte tout particulier, lié à la question de savoir si la recourante devait être mise sous tutelle. Cela n'emporte pas une contestation possible du diagnostic posé par les médecins en question. Toutefois, les conclusions auxquelles ils ont abouti, relèvent de l'incapacité de la recourante à gérer sa vie quotidienne, ainsi qu'à se contrôler à l'égard d'elle-même ou des autres, sans que leur examen n'ait nullement porté sur sa capacité de travail ou d'effectuer ses travaux habituels, dont il n'était pas question dans le cadre de cette expertise.

Au vu de ce qui précède, ce sont les avis médicaux, concordants, des deux médecins qui ont suivi de la manière la plus rapprochée et sur la durée la recourante qu'il y a lieu de retenir.

Si la Dresse C_____ a effectivement fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente en septembre 2009, le Dr A_____ a déclaré en audience qu'il ne pouvait se prononcer ni en faveur d'une amélioration, ni en faveur d'une péjoration particulière de l'état de santé psychique de sa patiente.

Quant au rapport d'expertise du 7 juillet 2010, il note au contraire une amélioration de la situation sur le plan psychique, par rapport au rapport de la

Dresse C_____ du mois de septembre 2009, puisqu'il ne fait état dans les diagnostics que d'un épisode dépressif léger.

Dès lors, la situation de santé sur le plan psychique de la recourante, présentant des hauts et des bas, des périodes de péjoration, comme des périodes d'amélioration, puis de stabilisation, au regard des circonstances de son existence, aucune maladie invalidante au sens de l'assurance invalidité ne peut être retenue, ni même une aggravation de la situation entre celle qui avait été examinée lors de la première décision de refus du 21 mai 2007 et la seconde décision du 26 janvier 2010.

Au vu des considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de procéder à un calcul de taux d'invalidité. Les conclusions de la recourante visant l'établissement d'une enquête ménagère n'ont dès lors pas à être examinées.

Le recours sera par conséquent rejeté et la décision du 26 janvier 2010 confirmée.

3. La recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, aucun émolument de recours ne sera mis à sa charge.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Confirme la décision du 26 janvier 2010.

4. Renonce à percevoir un émolument de justice.

5. 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 et ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) ; 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 moyen de preuve, doit être joint à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Isabelle CASTILLO

Laurence CRUCHON

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