

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/11/2009

ATAS/

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du

En la cause

Madame D _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître JORDAN Virginie

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D _____, née en 1965 et d'origine italienne, est divorcée et mère de deux enfants nés le 21 décembre 1995 et le 19 octobre 1997. Elle a acquis une formation de physiothérapie en Italie, a travaillé en Suisse comme physiothérapeute pendant de courtes périodes, soit du 1^{er} avril 2004 au 15 juin 2005 à 75 % à Cressy, du 6 août 2007 au 22 août 2008 à Yverdon-les-Bains au Centre thermal, puis à 50 % de septembre 2007 à janvier 2008 à Annemasse en tant qu'indépendante. De décembre 2005 à août 2007, elle était au chômage.
2. Depuis le 15 janvier 2008, une incapacité de travail totale est attestée.
3. Depuis le 1^{er} avril 2008, l'intéressée est aidée par l'Hospice général.
4. Par demande reçue le 24 avril 2008, elle requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon le rapport du 13 juin 2008 de la Dresse L _____, psychiatre, l'assurée souffre d'un trouble dépressif majeur récurrent depuis 2000-2001 et d'un trouble de la personnalité limite depuis l'enfance et l'adolescence. Ce médecin suit la patiente depuis février 2005. Celle-ci était par ailleurs hospitalisée en novembre 2001 à la Clinique psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pendant un mois. Dans l'anamnèse, la Dresse L _____ mentionne plusieurs dépressions majeures dans le cadre du divorce prononcé en 2006 et de la perte subite, en peu de temps, de ses deux parents. La patiente prend un traitement antidépresseur et anxiolytique avec neuroleptiques et bénéficie d'entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires. Dans les symptômes, la Dresse L _____ relève une fatigue, une tristesse, par moment une angoisse destructurante pouvant interférer avec son appréciation de la réalité et de sa capacité à gérer un travail et son quotidien (deux enfants). Les plaintes subjectives sont une tension psychique, une tristesse et par moment un désespoir. Dans son pronostic, ce médecin déclare que la patiente a une capacité de récupérer un bon niveau de fonctionnement moyennant un traitement suivi et un travail adapté à ses compétences. Dans les restrictions physiques mentales et psychiques, cette praticienne souligne une fatigue au-delà de 50 % du temps de travail, une impression rapidement persécutoire dès la moindre remarque, engendrant un sentiment d'incapacité et entraînant l'abandon de la tâche. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 50 %. La capacité de travail pourrait s'améliorer, mais pas à court terme. Pour l'instant et pendant une année au moins, elle est réduite à 50 % au maximum.
6. Dans son rapport du 4 juillet 2008, le Dr M _____ pose les diagnostics d'état dépressif chronique, de personnalité borderline (ce dernier diagnostic étant suivi d'un point d'interrogation) et de capsulite rétractile de l'épaule droite. Dans les symptômes, il mentionne des phases de fatigue et d'humeur négative qui perturbent

son travail de manière chronique. Dans les indications subjectives, il relève que la patiente passe par des phases de grand abattement psychique et physique ce qui est souvent mal perçu par ses employeurs. En ce qui concerne l'épaule droite, l'état devrait s'améliorer avec de la physiothérapie. A titre de restriction, il déclare un état psychique fluctuant et une diminution de l'amplitude des mouvements de l'épaule droite. L'activité exercée jusqu'alors est encore exigible à 50 %. Il sera difficile d'améliorer la capacité de travail au-delà de ce taux d'activité.

7. Le 4 août 2008, l'assurée est soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 14 août 2008, les Drs N_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et O_____, psychiatre, mentionnent une enfance sans particularité. L'assurée dit avoir été une des premières de sa classe, mais décrit des difficultés relationnelles, se sentant "en danger" et se trouvant "dégueulasse". Elle se sentait par ailleurs manipulée par les patients, dans les cours pratiques, et avait l'impression de perdre le contrôle. A 18 ou 19 ans, elle décrit un premier épisode dépressif pendant lequel elle pleurait tout le temps. Jusqu'en 1992, elle a été suivie par un psychologue, mais n'a pas reçu de traitement pharmacologique. Puis, elle a bénéficié d'un suivi psychiatrique de septembre - octobre 1994 à mars - avril 1995, sans traitement pharmacologique. Ensuite, elle a suivi une psychothérapie en 1998. En 1999, son état s'aggrave à cause des tensions conjugales et un traitement pharmacologique est introduit pendant quelques mois. En octobre 1999 ou 2000, elle fait une tentative de suicide avec des médicaments et sera hospitalisée aux urgences des HUG. Une prise en charge au Centre de thérapies brèves (CTB) est alors mise en place et elle reçoit un traitement pharmacologique pour la dépression et les hallucinations visuelles et olfactives (mauvaise odeur de l'urine et des odeurs de corps morts). En février 2008, l'assurée est de nouveau prise en charge au CTB jusqu'à mi-mars, en raison d'une crise d'anxiété. L'assurée décrit également des phases d'hypomanie et dit ressentir une toute puissance durant une courte durée, voire quelques jours, mais sans troubles du sommeil. Dans le status psychiatrique, les médecins examinateurs relèvent une tenue et hygiène correctes, un discours adéquat et cohérent. L'assurée est collaborante et ne présente pas de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation. Il n'y a pas non plus de troubles du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). L'assurée dit cependant devenir interprétative, sous stress. Ainsi, en lisant la publicité dans la rue, elle pense qu'elle parle à son sujet. Elle dit en outre entendre occasionnellement des voix qui viendraient du milieu du cerveau. Elle entend les lamentations d'une dame qu'elle soigne et qui souffre de la maladie d'Alzheimer. Ce type de phénomène ne lui provoque pas de la peur. Elle exprime une tristesse occasionnelle, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Il n'y a pas de ruminations existentielles, d'idées noires ou suicidaires. L'image de soi est mauvaise, sous stress. L'appétit et la libido sont

conservées. Enfin, l'assurée décrit des périodes pendant lesquelles elle "tombe en panne". Elle ne comprend alors pas les choses, est plus lente pour répondre aux autres, a besoin de dormir et doit quitter son poste de travail pour rentrer chez elle. Cela peut durer un mois. Les médecins du SMR posent comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une scapulalgie droite sur probable tendinite du sus-épineux versus capsulite rétractile. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, personnalité émotionnellement labile type borderline et dysthymie. Sur le plan somatique, l'examen clinique met en évidence un excellent état général avec une diminution de la mobilité en position externe en ce qui concerne l'articulation scapulo-humérale droite associée à des douleurs électives à la mise sous tension de la coiffe des rotateurs. Cette atteinte est responsable de limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge physique ou nécessitant le port de charges et des élévations au-delà de 60 degrés à répétition en charge. L'activité de physiothérapeute est partiellement adaptée à cette limitation. Cependant, la diminution de la capacité de travail dans cette profession n'est que temporaire, dès lors le diagnostic de tendinite versus capsulite rétractile est réputée pour évoluer favorablement sur une période de maximum 24 mois. Dans l'appréciation psychiatrique, les médecins estiment que les décompensations psychiques n'ont pas été d'une durée suffisante pour avoir des répercussions sur la capacité de travail et qu'elles rentrent dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent. L'assurée présente par ailleurs depuis son adolescence une symptomatologie psychotique, lors de tensions, ce qui rentre dans le cadre d'une intolérance au stress correspondant à une personnalité émotionnellement labile type borderline. Toutefois, les premiers épisodes apparus durant la formation professionnelle n'ont pas empêché l'assurée d'obtenir son diplôme. La symptomatologie psychotique en 1999 et 2000 n'a pas non plus été à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée et l'assurée a obtenu la reconnaissance de son diplôme vers 2003 ou 2004. Sur le plan psychiatrique, les médecins estiment qu'il n'y a aucune limitation. Ainsi, dans son activité habituelle de physiothérapeute, une incapacité de travail à 100 % sur une période de 3 à 6 semaines peut être retenue, selon les médecins examinateurs. Par la suite, une baisse de rendement de 30 % est admise dans sa profession depuis août 2007. Dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 %, sans diminution de rendement notable.

8. Dans le questionnaire qui sert à déterminer le status d'assuré, l'intéressée déclare, le 25 septembre 2008, qu'elle aurait travaillé à 80 %, si elle était en bonne santé.
9. Le 17 octobre 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assurée qu'il a examiné le droit aux mesures professionnelles et qu'il a l'intention de les lui refuser, dans la mesure où elle présente une capacité de 70 % dans son activité actuelle de physiothérapeute et où elle a déclaré qu'elle aurait travaillé dans cette profession à raison de 80 %. Ainsi, la perte économique n'est

que de 10 % dans l'activité habituelle, insuffisante pour ouvrir le droit aux prestations de mesures d'ordre professionnel.

10. Par courrier du 17 novembre 2008, l'assurée s'oppose à ce projet en ces termes :

"(...) je lis avec désolation le refus de m'accorder l'assurance d'invalidité à 50 %. Pouvoir travailler dans le cadre de la réadaptation professionnelle à 50 % est pour moi non seulement important mais indispensable. Tous les médecins que j'ai consultés ont été assez clairs (...) sur la nécessité pour moi de travailler, mais de ne pas m'investir à plein temps. J'ai pu constater sans difficulté (et je peux, si vous le jugez opportun, vous fournir des témoignages de collègues avec qui j'ai travaillé) que mes problèmes de santé m'empêchent de dépasser certaines limites d'heures par jour et par semaine. En effet, quand j'ai été contrainte d'accepter un travail, même à temps plein, car la pension alimentaire de mon ex-mari n'est pas suffisante pour payer les loyers et les autres dépenses (...), je suis tombée rapidement malade.

C'est pour ces raisons que j'aimerais que vous acceptiez de reprendre mon dossier afin de revenir sur votre décision et me donner une dernière possibilité de réinsertion professionnelle. Ma conseillère aux Mesures Cantonales, Madame E_____, me mettra bientôt en contact avec leur médecin conseil pour établir aussi pour eux le taux d'occupation plus adéquat entre 30 et 50 %. Je me suis beaucoup investie, dans les limites de mes capacités, dans mon travail, et je considère que je peux encore le faire de manière digne pour moi et pour les autres, si l'opportunité de travailler à 50 % m'est enfin offerte."

11. Par décision du 21 novembre 2008, l'OCAI confirme son projet précité, en ajoutant "Force est de constater que les arguments produits en procédure d'audition n'apportent aucun fait susceptible d'influencer votre droit aux prestations de l'assurance-Invalidité".

12. Le 5 janvier 2009, le Dresse P_____, psychiatre, déclare qu'elle suit l'assurée depuis le 5 septembre 2008. La patiente présente un trouble bipolaire affectif, dont l'épisode actuel est de type dépressif et sévère avec aggravation au moindre facteur de stress, dans un contexte socio-familial et professionnel très difficile et un isolement affectif. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique deux fois par semaine et d'un traitement médicamenteux. Début décembre 2008, une admission en milieu hospitalier, puis au CTB était de nouveau nécessaire, en raison d'une importante rechute avec apparition d'idées suicidaires et forte interprétativité. Sa capacité de travail est de 50 % de longue date et elle est nulle du 27 octobre au 23 novembre 2008, ainsi que depuis son hospitalisation en décembre 2008. La Dresse P_____ estime ainsi qu'une activité de plus de 50 % n'est raisonnablement pas

exigible. Son pronostic est réservé et une nouvelle aggravation du trouble avec impact plus important sur la capacité de travail ne peut être exclue.

13. Par acte du 5 janvier 2009, l'assurée recourt contre la décision de l'OCAI précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 10 avril 2006 et d'une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2008, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle demande l'octroi de mesures de réadaptations professionnelles adéquates. A titre préalable, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et demande à être autorisée à produire des pièces médicales complémentaires. Elle relève que l'examen par les médecins du SMR n'a duré qu'une heure et demie. Leurs conclusions sont en contradiction flagrante avec celles de tous les médecins traitants qui l'ont vue à d'innombrables consultations. La recourante conteste ainsi les conclusions du SMR. Elle déclare en outre qu'elle fait actuellement l'objet d'une procédure en modification du jugement du divorce initié par son ex-époux, visant à lui supprimer le droit de garde sur ses enfants, ainsi que la contribution d'entretien. Ces éléments ont un impact très négatif sur sa santé psychique. Celle-ci et les douleurs à l'épaule empirent et lui rendent la vie de plus en plus difficile. Elle fait enfin grief à l'intimé de ne pas avoir motivé le refus de la rente d'invalidité.
14. Le 30 janvier 2009, la Dresse Q_____ du SMR se prononce sur le recours. Elle conteste que le SMR n'ait procédé qu'à un seul entretien avec la recourante et affirme qu'elle a été vue à deux entretiens, par un psychiatre et par un rhumatologue, et fait l'objet de deux examens cliniques, dont la durée a dépassé largement le temps d'une heure et demie alléguée par la recourante. La Dresse Q_____ estime par ailleurs que le rapport de la Dresse P_____ est contradictoire, dans la mesure où elle affirme d'une part que la patiente peut travailler à 50 % au maximum et en même temps qu'elle est totalement incapable de travailler. Le médecin du SMR n'exclut cependant pas que la recourante présente une aggravation de son état de santé. Il est cependant difficile de déterminer si cette aggravation a provoqué une diminution de la capacité de travail. La Dresse Q_____ s'étonne enfin du nouveau diagnostic émis de trouble bipolaire.
15. Le 3 février 2009, l'intimé conclut au rejet du recours. Il soutient que l'examen pluridisciplinaire du SMR remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui accorder une pleine valeur probante, ce qui n'est pas le cas du rapport de la Dresse P_____.
16. Le 11 mars 2009, la recourante transmet au Tribunal de céans le courrier que le Dr R_____, chef de clinique au Service de psychiatrie adulte et du CTB des Pâquis, a adressé à son conseil le 8 janvier 2009. Il atteste dans cette missive que la recourante était traitée au CTB du 29 octobre au 19 décembre 2001, du 14 mai au 1^{er} juillet 2004 et du 3 mars au 17 avril 2008. Elle a suivi également une

psychothérapie du 21 décembre 2001 au 20 juin 2002, du 12 novembre 2003 au 13 mai 2004 et du 1^{er} juillet 2004 au 15 mars 2005.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

2.

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

3.

4.

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

Statuant

A la forme :

1.

Au fond :

2.

3. Met un émolument de fr. à la charge du .

4. 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.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

L secrétaire-juriste :

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