

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2839/2011

ATAS/390/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 avril 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ROSSI Marco

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1983 (ci-après : l'assurée ou la recourante), au bénéficiaire d'un CFC d'assistante en pharmacie obtenu en 2003, travaille en cette qualité depuis lors. Elle est engagée à la pharmacie X _____ depuis le 1^{er} mars 2004, dont l'horaire de travail habituel est de 40,5 heures. Son salaire mensuel brut s'élève à 4'610 fr. en 2009 et à 4'710 fr. en 2010, x 13 mois. Son cahier des charges comprend la vente, la préparation d'ordonnances, le déballage de commandes (debout) et un peu de travail administratif (assis).
2. Elle a subi un accident de vélo-tout-terrain le 11 avril 2004 ayant entraîné une fracture du fémur gauche, de la clavicule gauche, une luxation acromio-claviculaire gauche, une plaie inguinale et un traumatisme prérotulien ; la patiente a été hospitalisée jusqu'au 26 avril 2004.
3. L'assurée a connu des périodes d'incapacité de travail suite à l'accident, à 100% dès le 11 avril 2004, 50% dès le 1^{er} août 2004, 25% du 1^{er} novembre 2004 au 1^{er} janvier 2005. En raison de l'ablation du clou fémoral elle est incapable à 100% dès le 14 novembre 2005, 50% dès le 3 décembre 2005, 25% du 4 au 12 janvier 2006. Ensuite, les incapacités se succèdent en 2006 et 2007, mais ne dépassent pas 10 jours d'affilée (ablation d'un kyste, opération du nez). L'assurée est ensuite incapable de travailler en raison des douleurs au dos, à 50% du 14 janvier au 28 février 2008. Lors de l'opération d'une épaule, elle est incapable à 100% dès le 8 avril 2008, à 50% du 13 mai 2008 au 1^{er} juin 2008. Mis à part quelques jours d'incapacité épars en 2009, l'assurée est incapable à 100% dès le 20 avril 2009, puis à 50% jusqu'au 30 juin 2009 suite à un tentamen. Elle est incapable de travailler à 50% depuis le 14 janvier 2010 en raison des douleurs et de la dépression et sans reprise à 100% depuis lors.
4. L'assurée a déposé le 25 janvier 2010 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI) en raison de lombalgies chroniques et d'une dépression. Elle précise que ses nombreuses absences au travail depuis l'accident sont dues aux douleurs et impliquent des conflits avec ses collègues, ce qui atteint son moral.
5. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a réuni les rapports médicaux suivants:
 - a) Le rapport du 19 avril 2010 du Dr L _____, psychiatre, qui diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.3) depuis 15 à 16 ans ; un état de stress post-traumatique (F 43.1) depuis 2004, des traits de personnalité dépendante et une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif depuis l'adolescence. Il traite la patiente depuis novembre 2008 et a succédé au Dr M _____ . Depuis l'accident de 2004, l'assurée souffre d'une hyper-vigilance, de troubles du sommeil, de difficultés à se concentrer, de

fatigue chronique et d'une irritabilité, ainsi que de flash-back. Du point de vue sentimental, elle a mal vécu la séparation d'avec son ami, avec lequel a vécu de janvier 2004 à juillet 2008 et la patiente est angoissée par son endettement (le couple a acheté une maison au Portugal). Dans ce contexte, l'assurée a fait une tentative de suicide aux médicaments en avril 2009. L'assurée présente clairement un état dépressif avec une perte d'élan vital ainsi que les symptômes du syndrome de stress post-traumatique. L'assurée ne supporte plus les commentaires de ses collègues concernant son état de santé et ses absences. L'assurée est désireuse de trouver une solution mais a besoin de soutien pour trouver le chemin de la réadaptation. L'assurée est incapable de travailler à 50% depuis janvier 2010.

b) Un rapport d'hospitalisation du 15 au 22 avril 2009, en entrée non volontaire, en raison de troubles dépressifs récurrents, l'assurée ayant commis un abus médicamenteux à but suicidaire. L'évolution est favorable progressivement grâce au soutien et la disparition des idées suicidaires permet une sortie de la patiente.

c) Le rapport du 10 mai 2010 du Dr N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui diagnostique des lombalgies chroniques avec effet sur la capacité de travail depuis avril 2004, l'assurée souffre de douleurs dorso-lombaires qui limitent les stations debout prolongées et le port de charges. Le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée.

d) Le rapport du 17 mai 2010 du Dr O_____, médecin traitant, qui diagnostique des lombalgies, gonalgies et douleurs à l'épaule gauche depuis avril 2004, ainsi qu'un état dépressif avec tentamen en avril 2009. L'assurée souffre de lombalgies et d'un état dépressif et l'activité exercée est exigible à 50% avec une diminution de 20%.

e) Le rapport médical du 23 novembre 2006 du Centre d'étude et de traitement de la douleur des HUG qui indique que la patiente présente des douleurs nociceptives mécaniques, une IRM de l'épaule gauche en septembre 2006 et une IRM lombaire ne mettent pas en évidence de pathologie pouvant expliquer les douleurs. La radiographie de la clavicule gauche montre une consolidation de la fracture. Afin de déterminer le traitement adéquat, il convient d'exclure ou d'objectiver une atteinte neurogène.

f) Le rapport du 21 avril 2008 du département de chirurgie des HUG qui diagnostique un syndrome du défilé cervico-thoracique nécessitant une résection de la première côte gauche, les suites opératoires étant simples.

g) Le rapport du 4 août 2009 du centre d'étude et de traitement de la douleur des HUG qui propose de poursuivre la prise en charge des douleurs lombaires mécaniques de l'assurée en pratiquant des exercices d'endurance, en proposant de vérifier l'adéquation du traitement et en encourageant l'assurée à poursuivre un

suivi psychothérapeutique, son état dépressif contribuant au maintien et à la chronicisation des douleurs.

h) Le rapport du 19 janvier 2010 du Dr P_____, adressé au Dr Q_____, rhumatologue, qui relève que la situation est difficilement supportable pour la patiente, en raison des douleurs, du point de vue personnel et professionnel, puisqu'elle reçoit des remontrances à propos de ses absences régulières. Face à une symptomatologie chronique importante, des examens ont été pratiqués mais il n'y a aucune anomalie organique ni au niveau osseux, ni au niveau des facettes articulaires, disques intervertébraux.

i) Le dossier complet de l'assurance-accident dont il ressort que le médecin-traitant, le Dr R_____, estime que les séquelles seront limitées et justifient une IPAI d'environ 5%.

6. L'assurée a été mise au bénéfice d'un plan de réadaptation visant à favoriser la reprise d'une activité et à améliorer son employabilité, par le biais de cours de comptabilité et d'informatique (utilisation d'Excel et de Word) du 1^{er} avril au 29 juillet 2010.
7. Selon l'expertise du 24 août 2010 du Dr S_____, rhumatologue mandaté par l'OAI, l'assurée présente un status après fracture claviculaire et luxation acromioclaviculaire gauche le 11 avril 2004, avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que des lombalgies chroniques et un status après fracture fémorale gauche et déchirure de la bourse prérotulienne droite ainsi que plaie inguinale gauche le 11 avril 2004, mais sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique ne montre aucune limitation fonctionnelle objectivable tant du squelette axial que périphérique. Au-delà de l'épaule gauche, on ne trouve pas de limitation fonctionnelle objectivable. L'IRM lombaire pratiquée ne révèle pas de trouble disco-dégénératif particulier. Force est ainsi de constater une importante discordance entre les douleurs alléguées par l'assurée et les examens radiologiques, de même que l'examen clinique rachidien qui doit être considéré comme normal. Au-delà des stigmates de fracture de clavicule, l'expert retient des lombalgies chronifiées dans un contexte de syndrome douloureux chronique à intégrer à une comorbidité psychologique de type état dépressif. L'assurée présente des limitations fonctionnelles comportant des travaux de force et répétitifs, impliquant le membre supérieur gauche, principalement au-delà de l'horizontale. La capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée, celle d'assistante de pharmacie respectant les limitations fonctionnelles décrites, s'agissant d'une activité légère où alternent le service à la clientèle et un travail administratif. Le rapport est fondé sur une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assurée, des constatations objectives et l'examen des radiographies et IRM.

8. Selon le rapport médical intermédiaire du Dr L_____, l'état de santé s'est un peu amélioré, la patiente présente une amélioration de l'humeur au travail depuis juin 2010, la capacité de travail est de 50% dans l'activité d'assistante en pharmacie et doit être évaluée dans une autre activité.
9. Selon l'expertise du 21 avril 2011 du Dr T_____, psychiatre mandaté par l'OAI, l'assurée présente un certain nombre de diagnostics (probable dysthymie, état dépressif majeur, état de stress post-traumatique, personnalité état limite abandonnique) qui sont sans répercussion sur la capacité de travail et ne présente aucun diagnostic ayant une répercussion. Les tests psychométriques effectués montrent une symptomatologie dépressive légère. L'examen clinique du 18 janvier 2011 ne montre pas de dépressivité marquée, mais une inquiétude surtout pour son avenir économique. L'assurée présente une évolution favorable de la symptomatologie anxio-dépressive qui est actuellement tout au plus légère. L'hypothèse d'un état de stress post-traumatique est possible mais pas certaine, l'expert retenant par exclusion, le diagnostic de troubles douloureux associés à la fois à des troubles psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Dans ce contexte, l'expert estime qu'il est juste d'apprécier la situation par analogie aux troubles somatoformes douloureux. Il n'y a actuellement pas d'atteinte psychiatrique comorbide majeure. L'expert estime ne pas s'écarter de l'avis du Dr L_____, qui relève une amélioration dès le mois de mai et juin 2010 qui ne justifie pas une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée, laquelle est de 100% depuis le 1^{er} juillet 2010.
10. Selon le rapport du 30 mai 2011 du SMR (Dr U_____), l'assurée est totalement capable de travailler dans l'activité habituelle et toute activité adaptée ne nécessitant pas de travaux de force et répétitifs impliquant les membres supérieurs au dessus de l'horizontale, sur la base des expertises effectuées.
11. Par projet du 7 juin 2011, l'OAI envisage de refuser toute rente et mesures professionnelles, motif pris que si son état de santé a impliqué une diminution de sa capacité de travail dès novembre 2008, celui-ci s'est amélioré et dès juillet 2010, sa capacité était entière. La demande datant de janvier 2010, à l'issue du délai de 6 mois, en juillet 2010, l'entière capacité exclut l'octroi d'une rente.
12. Par pli du 4 juillet 2011, l'assurée fait valoir qu'elle a fait une deuxième tentative de suicide après un séjour à Belle-Idée. Depuis plus de 7 ans, elle prend toute une série de médicaments pour tenir un temps complet au travail, mais tous ces remèdes ont des effets secondaires. Les douleurs devenant intolérables, elle a dû fréquemment quitter son travail ou s'adresser à SOS MEDECINS et ses ennuis de santé l'empêchent de s'épanouir dans sa vie professionnelle et privée. Son état de santé s'est un peu amélioré depuis qu'elle peut travailler à 50%, mais ses problèmes de santé l'empêchent de travailler plus, son employeur ne l'envisageant d'ailleurs pas. Elle produit une attestation du Dr L_____ du 1^{er} juillet 2011 qui conteste que

sa patiente soit capable de travailler à 100% depuis juillet 2010, malgré une légère amélioration de l'état de santé. Globalement, l'assurée présente un tableau psychiatrique complexe, avec une problématique de base de trouble de la personnalité, auquel s'est ajouté un état dépressif secondaire à une rupture affective. L'assurée présente depuis lors un syndrome douloureux somatoforme persistant associé à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de sorte qu'elle présente bien une diminution de sa capacité de travail dans son activité d'assistante en pharmacie, la capacité devant être évaluée dans une autre activité. Est également joint le résumé de son séjour au service de psychiatrie adultes, l'assurée ayant été hospitalisée du 28 décembre 2010 au 10 janvier 2011, d'abord en entrée ordinaire, puis en entrée non volontaire en raison d'un risque auto-agressif. Le tentamen actuel fait suite à une rupture sentimentale avec son compagnon, avec lequel elle vivait depuis deux ans. Après un passage aux soins intensifs pour intubation et ventilation, la patiente est hospitalisée et, en raison d'idées suicidaires aiguës, est maintenue en admission non volontaire. A l'annonce de son transfert, la patiente s'agite fortement et tente de s'étrangler avec le fil du téléphone. Une attestation médicale du 27 juin 2011 du Dr O._____ indique que sa patiente est incapable de travailler à 50% de longue date, sans amélioration de son état de santé.

13. Le SMR indique le 19 juillet 2011 que les rapports médicaux produits ne permettent pas de modifier les conclusions du SMR, fondées sur l'expertise psychiatrique du Dr T_____, car le trouble de la personnalité est connu et ne justifie pas d'incapacité durable au travail, dès lors qu'il n'est pas durablement ou fréquemment décompensé; le passage à l'acte a eu lieu 20 mois après le précédent et la situation évolue favorablement.
14. Par décision du 18 août 2011, l'OAI maintient son projet et refuse toute prestation.
15. Par acte du 19 septembre 2011, l'assurée, représentée par un avocat, forme recours contre la décision de l'OAI et conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à 50%, subsidiairement à des mesures professionnelles, avec suite de dépens. Elle fait valoir qu'elle est incapable de travailler à plus de 50% depuis le mois de janvier 2010, en raison de lombalgies chroniques et de dépression, ce qui est confirmé par le rapport médical du Dr L_____ du 24 septembre 2010. Compte tenu du fait qu'elle continue à exercer la même activité à 50%, son taux d'invalidité est de 50%, ce qui lui donne droit à une demi-rente. A défaut, l'assurée a droit à un reclassement dans une nouvelle profession, qui pourrait selon toute vraisemblance lui permettre de maintenir sa capacité de gain actuelle, voire de l'améliorer.
16. Par pli du 31 octobre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours motif pris que selon l'expertise rhumatologique du Dr V_____ du 24 août 2010, l'assurée présente une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle et que selon l'expertise psychiatrique du Dr T_____, l'assurée ne souffre d'aucune atteinte à la santé

invalidante du point de vue psychiatrique. Non seulement, la profession d'assistante en pharmacie est adaptée, mais de surcroît, la recourante a obtenu une formation de base en comptabilité et en informatique prise en charge par l'OAI dans le cadre de l'intervention précoce, de sorte qu'elle peut parfaitement changer d'employeur et trouver une activité essentiellement administrative telle que pratiquée aujourd'hui un jour par semaine, à tour de rôle avec ses collègues.

17. Lors de l'audience du 22 novembre 2011, la recourante a confirmé qu'elle travaillait toujours à 50% dans la pharmacie, mais cherchait sans succès un travail de bureau. Elle est toujours suivie par son psychiatre, se sent mieux depuis qu'elle travaille à 50% mais a commis un nouveau tentamen en décembre 2010. Les douleurs l'empêchent d'avoir une vie normale et ont des conséquences sur son état dépressif.
18. Le Dr N_____, interrogé par la Cour avec plusieurs rappels, n'a jamais répondu aux questions posées.
19. Le Dr W_____, spécialiste en médecine physique de rééducation, a indiqué le 5 décembre 2011 qu'il suivait l'assurée depuis le 2 septembre 2011. Il confirme les diagnostics du Dr S_____, mais relève que les lombalgies et l'état après fracture du fémur ont des répercussions sur la capacité de travail. Les douleurs lombaires sont déclenchées par une malposition du bassin qui se présente sous forme d'une bascule vers la droite et rotation horaire, ce qui entraîne une torsion de la colonne en position debout et cause des douleurs et des contractures musculaires, qui limitent les positions debout ou assise prolongées, ce qui explique pourquoi les examens radiologiques y compris les IRM n'ont pas permis de mettre en évidence de lésion au niveau lombaire. Des investigations sont en cours et un avis auprès d'un chirurgien orthopédiste est prévu. Il s'agit en tout cas d'un problème orthopédique, et non pas rhumatologique. L'hypothèse retenue explique pourquoi les douleurs lombaires ne sont survenues que deux mois après l'accident et pourquoi les traitements instaurés n'ont pas permis de soulager la patiente. Le médecin relève que seule la chirurgie avec correction du défaut d'axe du fémur permettra vraisemblablement de soulager la patiente, dont l'état psychique ne permet pour l'instant pas d'envisager une quelconque opération.
20. Le Dr L_____, psychiatre de l'assurée depuis novembre 2008, a déposé un long rapport le 8 décembre 2011. Il rappelle que l'assurée et lui-même ont sollicité des mesures professionnelles et non pas une rente. L'expertise psychiatrique du Dr T_____ présente un instantané de l'état psychique de l'assurée, qui manque de la nuance et de la précision que permet le suivi sur une longue période. Le médecin s'étonne que l'expert relève l'appréciation positive de l'état psychique de l'assurée en septembre 2010, mais ne mentionne pas la tentative de suicide de décembre 2010, dont l'expert avait tout de même connaissance. Le médecin rappelle que sa patiente a présenté un épisode d'anorexie mentale en février 2011,

suffisamment inquiétant pour être une pathologie à prendre en compte. Les tentatives de suicide et les poussées d'anorexie sont des signaux qui dénotent un état d'épuisement à affronter tous les problèmes rencontrés par l'assurée, de sorte que tant l'état dépressif que l'anorexie ont une répercussion sur la capacité de travail. Le médecin ajoute le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et conteste l'appréciation de l'expert qui réfute toute comorbidité psychiatrique. Finalement, le médecin conteste l'avis de l'expert en tant qu'il retient que l'assurée se complaît dans sa maladie, alors que celle-ci a activement cherché de nombreux emplois et courageusement continué à travailler à 50%. Le psychiatre retient que la capacité de travail est de 50% dans une activité d'aide en pharmacie, mais pourrait être augmentée selon la nature d'une nouvelle activité comme celle d'aide comptable dans une administration.

21. Par pli du 8 mars 2012, le conseil de l'assurée a estimé que les rapports médicaux confirment les allégations de l'assurée de sorte que la cause peut être gardée à juger.
22. Par pli du même jour, l'OAI a conclu au rejet du recours, sur la base de l'avis du SMR du 2 mars 2012, estimant que les diagnostics retenus par le psychiatre sont sans répercussion sur la capacité de travail selon l'expert et trouvent leur explication et leur source dans le champs psychosocial de l'assurée et que, s'agissant de l'état somatique, le SMR ne détient pas les clichés radiologiques suggérés par le Dr W_____, de sorte qu'en l'état du dossier, il n'y a pas d'argument médical pour remettre en question les conclusions de l'OAI.
23. La Chambre des assurances sociales a informé les parties, par courrier du 15 mars 2012, de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique, souhaitant d'abord connaître l'avis du spécialiste consulté par l'assurée.
24. Le Dr W_____ a précisé le 21 mars 2012 que sa patiente avait été adressée au Dr A_____, chirurgien orthopédique, qui a sollicité l'avis du Prof. B_____, également spécialiste en chirurgie orthopédique.
25. Par pli du 27 mars 2012, la Cour a interrogé le Dr A_____, qui n'a jamais répondu.
26. Par pli du 30 mars 2012, le Dr W_____ a précisé que le Prof. B_____ n'avait pas retenu de pathologie nécessitant une intervention chirurgicale, sans se prononcer davantage, sa patiente ayant désormais pris rendez-vous avec le Dr E_____, qui est un chirurgien orthopédiste spécialisé dans les problèmes fonctionnels des membres inférieurs ; la consultation n'était prévue qu'en juin.
27. La Cour a imparti un délai de deux mois à l'assurée au 30 juin 2012 pour produire un avis médical circonstancié du spécialiste en chirurgie orthopédique consulté,

permettant de déterminer les diagnostics retenus, leurs répercussions ou absence de répercussions sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles retenues, l'objectivation des douleurs, le traitement préconisé, et qu'à défaut, l'expertise prévue serait limitée au volet psychiatrique.

28. La Cour a ordonné une expertise psychiatrique le 28 août 2012 et mandaté le Dr F_____. Par rapport du 4 février 2013, fondé sur deux entretiens de plus de trois heures, un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant et le dossier remis, l'expert a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), une dysthymie (F 34.1), une anorexie mentale atypique (F 50.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). L'expert relève que la problématique centrale de l'expertisée est un trouble de la personnalité significatif et, sur le plan affectif, elle présente une hypersensibilité au rejet, des comportements abandonniques avec une réactivité exagérée rendant la relation à autrui instable. Elle alterne des phases de stabilité et de décompensation, mais il n'y a pas eu, depuis 2010 au moins, de décompensation psychique sévère. Le pronostic est en général négatif sur le long cours et il est conditionné par des comorbidités, soit dans le cas d'espèce un trouble du comportement alimentaire, qui est stabilisé depuis un an et demi. L'assurée ne présente pas d'état de stress post-traumatique et l'intensité de la symptomatologie dépressive est légère, le score retrouvé dans le questionnaire d'évaluation ne correspondant pas du tout à l'examen clinique, car la tendance à coter "très haut" de l'assurée est liée à son mode de traitement dichotomique de l'information et à sa tendance à se victimiser. En raison des plaintes douloureuses particulièrement présentes lors de l'examen, qui touchaient les régions lésées, avec une importante discordance constatée par le rhumatologue du SMR, l'expert retient également un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. L'ensemble des éléments diagnostiques et leur intensité implique que l'assurée dispose d'une capacité médico-théorique au moment de l'expertise de 80%, dans toute activité adaptée à son niveau de formation, y compris en tant qu'assistante en pharmacie. Il faut tenir compte du fait que la pathologie centrale est à même de se décompenser à nouveau, ce qui peut rapidement modifier cette évaluation. L'évaluation ne peut pas être faite en séparant artificiellement les diagnostics, mais en tenant compte de l'ensemble de la problématique. S'agissant du début de l'incapacité de travail durable, il n'y a pas de données psychiatriques fiables avant 2008 et, de plus, le trouble de la personnalité limite a un caractère éminemment fluctuant dans le temps, ce qui implique des variations en termes de capacité de travail. C'est l'intensité des symptômes comorbides, signant la décompensation de la personnalité, qui doit être retenue pour justifier une incapacité de travail. L'expert estime que l'assurée n'a plus eu une pleine capacité de travail depuis 2010, de sorte que les conclusions de l'expertise du Dr T_____ sont trop optimistes. Depuis janvier 2010, les informations disponibles permettent de retenir une amélioration progressive sur le plan clinique. Bien que l'assurée mette en avant les douleurs générées par la station debout comme source

d'incapacité de travail, l'activité d'assistante en pharmacie reste adaptée, avec une exigibilité de 80%, en raison de la composante psychosomatique dans le tableau douloureux chronique. L'expert estime que ses conclusions en termes de diagnostic sont similaires à celles des Drs T_____ et L_____, mais la différence se situe dans l'évaluation de la capacité de travail, car l'expert considère que l'atteinte globale constatée est légère, à la limite du moyen, ce qui justifie une incapacité de travail de 20% pour des raisons psychiques ; cela correspond d'ailleurs à peu près à la réalité du moment, puisqu'à côté de son travail à 50%, l'expertisée suit une formation de comptabilité.

29. Un délai au 18 mars 2013 a été imparti aux parties pour se déterminer. L'OAI estime que les diagnostics retenus par l'expert sont similaires à ceux constatés par le Dr T_____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir une capacité de travail de 80% seulement. Dans la mesure où le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline est un élément central, mais stabilisé et sans décompensation depuis deux ans, ce diagnostic ne peut pas être considéré comme invalidant, ce d'autant que les comorbidités n'ont pas de réelle valeur incapacitante : l'anorexie mentale atypique a une forme légère, l'état dépressif est léger. Le SMR se rallie aux conclusions du Dr T_____, qui retient une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2010. L'assurée ne s'est pas déterminée et la cause a été gardée à juger le 25 mars 2013.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, 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 343 consid. 3).

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et la LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, sont applicables.

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

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) 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). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. En l'espèce, compte tenu des contradictions importantes entre les conclusions du Dr T_____, psychiatre mandaté par l'OAI, et celles du Dr L_____, psychiatre traitant de l'assurée, concernant non seulement la capacité de travail de l'assurée, mais également l'analyse des divers diagnostics retenus, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire, auprès du Dr F_____, psychiatre. Cette expertise repose sur un examen de l'assurée, de plus de trois heures, au cours de deux entretiens, et sur l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la patiente sont prises en considération. Les conclusions de l'expertise sont bien motivées, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise.

L'OAI persiste à estimer que l'expertise du Dr T_____ est plus convaincante que celle du Dr F_____, qui contiendrait des contradictions. Il convient donc d'examiner si l'avis de l'expert administratif est en mesure de mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions de l'expert judiciaire.

Les deux experts concordent s'agissant des diagnostics psychiatriques retenus, sous réserve de l'anorexie diagnostiquée par le Dr F_____ et de l'état de stress post-traumatique envisagé par le Dr T_____ mais exclu par le Dr F_____. Le Dr F_____ retient que l'ensemble des éléments et leur intensité impliquent une limitation de la capacité de travail à 80% dans toute activité adaptée, alors que le Dr T_____ estime que la capacité de travail est entière. Cela étant, contrairement à l'avis du SMR transmis par l'OAI le 18 mars 2013, l'expertise du Dr F_____ n'est entachée d'aucune contradiction. Si l'expert retient en effet que la dysthymie seule, de même que le trouble somatoforme douloureux, à défaut de comorbidité grave, ne sont pas incapacitants, il expose de façon convaincante que cet ensemble de comorbidités s'est développé autour du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, qui est une atteinte psychique sévère et difficile à traiter, l'ensemble du tableau clinique limitant la capacité de travail de 20% dans toute activité. Le fait que le travail accompli sur le plan thérapeutique ait permis, depuis deux ans, d'éviter des décompensations majeures, de maintenir à une intensité légère le trouble de l'humeur et de stabiliser le trouble alimentaire, ne permet pas pour autant, comme le soutient le SMR, d'exclure toute limitation de la capacité de travail par l'association des divers troubles psychiatriques retenus par l'expert.

La Cour de céans estime donc que les conclusions du Dr F_____ sont convaincantes et que rien ne justifie de s'en écarter.

Cela étant, la capacité de travail retenue par l'expert étant la même dans toute activité, y compris celle d'assistante en pharmacie que l'assurée continue à exercer à 50%, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail, soit 20%. Ce taux n'ouvre pas de droit à une rente. Au demeurant, s'il ouvre théoriquement le droit à des mesures de réadaptation, celles-ci ne sont ni indiquées par l'expert, ni justifiées, dès lors que rien ne permet de retenir qu'une réorientation dans une nouvelle activité permettrait d'améliorer la capacité de gain de l'assurée, sa capacité restant limitée à 80%. La recourante a au demeurant déjà entrepris une formation en comptabilité et terminé une formation en informatique, de sorte que si tel est son souhait, elle peut changer d'activité sans recours à des mesures de l'assurance-invalidité.

9. Le recours, mal fondé sera rejeté. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), mais que la recourante plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire, aucun émolument ne sera mis à sa charge, malgré l'issue du recours.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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; 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 moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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