

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3516/2005

ATAS/543/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 18 mai 2010**

En la cause

Madame Z\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mike HORNUNG

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame Z\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1956, a travaillé, en dernier lieu, en qualité d'infirmière à la Clinique X\_\_\_\_\_ jusqu'au 11 novembre 2002, date à laquelle elle a été victime d'un accident, lors duquel elle s'est faite agresser par un patient incapable de discernement. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
2. Le 7 novembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), actuellement OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, en raison d'une atteinte à l'épaule droite. Elle concluait à une orientation professionnelle, un reclassement, un placement ou une rente.
3. Par questionnaire du 9 décembre 2003, le dernier employeur de l'assurée a informé l'OAI qu'elle travaillait environ 40 heures par semaine et que son salaire s'élevait, depuis le mois de mars 2002, à 36 fr. l'heure, rémunération à laquelle il y avait lieu d'ajouter une indemnité d'équipe de 6 fr. 95. Il y a joint un décompte de salaires de l'assurée, dont il résulte qu'elle a perçu, du 3 décembre 2001 au 17 novembre 2002, un revenu de 66'208 fr. 54, y compris les vacances.
4. En date du 12 décembre 2003 a été pratiquée une arthroscopie de l'épaule droite.
5. Le 12 février 2004, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de « syndrome du conflit sous-acromial de l'épaule droite avec rupture partielle du tendon du sus-épineux ». D'après lui, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dès le 11 novembre 2002, mais une amélioration était attendue. Dans un rapport complémentaire du 25 février 2004, il a précisé que les limitations fonctionnelles concernaient l'utilisation de l'épaule droite, le port de charges, les mouvements occasionnels des membres et le travail en hauteur.
6. Par rapport du 7 octobre 2004, la Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'assurée souffrait d'une capsulite rétractile et d'une tendinite du sus-épineux de l'épaule droite, d'un état dépressif anxieux traité et d'un status post-opération d'une rupture partielle du sus-épineux. Sa capacité de travail était nulle dès le 8 décembre 2003 dans la profession d'infirmière en psychiatrie et son état de santé ne s'était pas encore stabilisé. Le médecin pensait que l'évolution pouvait être favorable si le traitement de la dépression était poursuivi.
7. Le 14 octobre 2004, la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie, a retenu un status post-rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, une algoneurodystrophie du membre supérieur droit et un état dépressif réactionnel,

diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, laquelle était nulle dès le mois de novembre 2002 dans l'activité antérieure d'infirmière à X\_\_\_\_\_, et de 50% dans une activité administrative selon l'évolution des atteintes rhumatologiques. Elle a constaté une nette limitation dans l'abduction et la rotation externe de l'épaule droite, des douleurs à la mobilisation et à la palpation de l'épaule droite ainsi qu'à la mobilisation de la colonne cervicale et lombaire.

8. Dans un rapport du 10 novembre 2004, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a déclaré que l'arthroscopie de l'épaule droite avait montré qu'il n'y avait pas de lésion de la coiffe des rotateurs, mais qu'elle avait engendré une algodystrophie. De plus, la symptomatologie était apparente au niveau cervical, laquelle était en train de se diffuser à l'ensemble de la colonne vertébrale. Le médecin a estimé que les troubles actuels ne découlaient plus de l'accident.
9. Par rapport du 28 janvier 2005, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics de status post-rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'algodystrophie du membre supérieur droit. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans sa précédente activité lucrative dès la survenance de l'accident et ses limitations fonctionnelles étaient principalement liées à l'utilisation du membre supérieur droit. Il a précisé qu'il n'était pas en possession de documents permettant de déterminer les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule, de sorte qu'il lui était difficile de conclure sur la capacité de travail.
10. Dans son appréciation du 7 février 2005, le Dr F\_\_\_\_\_, médecin de la SUVA, a notamment écarté le diagnostic d'épaule gelée sur rupture itérative de la coiffe des rotateurs et a conclu qu'aucune atteinte de caractère traumatique n'avait pu être mise en évidence suite à l'événement du 11 novembre 2002, à l'exception d'une écorchure de la main droite. Il a relevé que les IRM du 10 décembre 2004 de la colonne cervicale et de l'épaule droite n'avaient pas été mises à sa disposition, toutefois, même s'il existait des atteintes, elles n'auraient pas de caractère traumatique.
11. Par décision sur opposition du 10 février 2005, la SUVA a confirmé sa décision du 23 novembre 2004, par laquelle elle avait mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 12 décembre 2004.
12. Dans un rapport du 7 mars 2005, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une épaule gelée et a signalé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, mais qu'elle était susceptible d'exercer une autre activité ne nécessitant pas de mouvements avec le membre supérieur droit.

- 
13. Par avis du 8 mars 2005, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, médecins auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL AI (ci-après SMR), ont considéré, eu égard au rapport du Dr F\_\_\_\_\_, que les atteintes dont souffrait actuellement l'assurée n'étaient pas la conséquence de l'accident du 11 novembre 2002. Toutefois, l'arthroscopie de l'épaule droite du 12 décembre 2003 avait notamment entraîné une algoneurodystrophie justifiant une incapacité de travail du 12 décembre 2003 au 17 septembre 2004, date du premier examen du Dr D\_\_\_\_\_. Par ailleurs, les plaintes n'ayant pas de substrat objectif, aucune incapacité de travail ne pouvait être reconnue à l'assurée.
  14. Le 4 mai 2005, l'OAI a signifié à l'assurée une décision de refus de prestations, au motif que seule une incapacité de travail du 12 décembre 2003 au 17 septembre 2004 était justifiée par une algoneurodystrophie, mais que dès le 17 septembre 2004, l'assurée présentait une entière capacité de travail dans toute activité lucrative.
  15. Le 23 mai 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision, soutenant que son état de santé ne s'était pas amélioré et que son bras était toujours très douloureux.
  16. Par rapport du 31 mai 2005, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie de la main, a retenu un syndrome du tunnel carpien droit, une tenosynovite de Quervain droit et un pouce droit à ressaut. Il a notamment déclaré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité d'infirmière et de 50% dans une activité adaptée à ses atteintes, ne précisant toutefois pas depuis quelle date.
  17. Par courrier du 13 juin 2005, l'assurée a expliqué qu'elle souffrait tant de troubles somatiques que psychiques et qu'elle était actuellement suivie par une psychologue, Madame A\_\_\_\_\_ -
  18. Par décision sur opposition du 30 août 2005, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 4 mai 2005. Il a conclu que les documents médicaux ne mettaient en exergue que des incapacités de travail de courte durée, soit notamment du 12 décembre 2003 au 17 septembre 2004, et qu'aucun spécialiste ne corroborait l'existence d'une atteinte à la santé psychique.
  19. En date du 4 octobre 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
  20. Par arrêt incident du 20 décembre 2005, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
  21. En date du 31 janvier 2006, la recourante a complété son recours et a requis l'octroi d'une rente entière dès le 7 novembre 2003. Elle a notamment produit un rapport du 28 décembre 2005 de Madame A\_\_\_\_\_, thérapeute à l'Institut de recherche et

de consultation pour la personne, laquelle a constaté la présence d'un stress post-traumatique chronique grave lié à l'événement de novembre 2002. Elle a en particulier exposé les multiples symptômes dont souffrait la recourante et a mis en exergue qu'elle se lavait de manière compulsive, qu'elle avait des visions de son patient qui l'avait agressée ou encore qu'elle évitait tout contact avec les hommes.

22. Dans sa réponse au fond du 10 mars 2006, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a rappelé que le SMR n'avait retenu des symptômes psychiatriques qu'à partir du mois de mai 2005, et donc postérieurement à sa décision du 4 mai 2005, et que les symptômes dépressifs réactionnels n'étaient pas susceptibles de causer un cas d'invalidité.
23. Suite à une audience de comparution personnelle du 11 avril 2006, le Tribunal de céans a, d'accord entre les parties, ordonné, en date du 4 mai 2006, une expertise bidisciplinaire de la recourante, soit un examen par un interniste des aspects rhumatologiques, endocrinologiques, neurologiques et cardio-vasculaires, ainsi qu'un examen psychiatrique. Il a mandaté l'Unité d'investigation ambulatoire de la polyclinique de médecine des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ainsi que le Dr K\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute et chef de clinique du département de psychiatrie des HUG.
24. Dans son rapport d'expertise du 19 juillet 2009, le Dr K\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, au terme de l'étude du dossier mis à sa disposition, de quatre entretiens avec la recourante, d'une évaluation psychopathologique et des résultats d'un autoquestionnaire destiné à évaluer la structure de la personnalité. Ce trouble empêchait l'activité d'infirmière, car elle y était particulièrement exposée aux crises d'angoisse et à l'image récurrente de son agresseur, suite à l'accident. En revanche, dans un emploi compatible avec les limitations physiques qui pourraient être reconnues à l'expertisée, les limitations d'ordre strictement psychiatrique étaient en lien avec l'état dépressif actuel. Le diagnostic retenu pouvait réduire la capacité de travail de 50 %, étant précisé que traité comme il se devait, cet épisode dépressif devait pouvoir évoluer favorablement. L'état dépressif était devenu plus marqué dans l'année 2005 et les angoisses qui l'accompagnaient étaient devenues invalidantes vers la fin de l'année 2005. En conclusion, même si l'état dépressif était présent en 2004, l'expert psychiatre a considéré que la réduction de la capacité de travail liée aux troubles psychiatriques en tant que tels remontait à la fin de l'année 2005.
25. En ce qui concerne l'aspect somatique, le rapport d'expertise a été rendu le 22 décembre 2006 par le Prof L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et chef de service, et le Dr M\_\_\_\_\_, médecin interne à la Policlinique des HUG, suite notamment à une évaluation neurologique qui a fait l'objet d'un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2006 et à un rapport du 6 décembre 2006 des médecins du Service de rhumatologie des HUG.

Il en ressort, en résumé, que la recourante souffrait principalement d'une déchirure partielle transfixiante à deux niveaux du sus-épineux droit et d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, que l'impotence fonctionnelle due à l'épaule gelée affectait sévèrement l'activité d'infirmière, pour laquelle la capacité de travail était chiffrée à 0 % dès le jour de l'accident (11 novembre 2002, l'expert a mentionné par erreur 2003), étant précisé qu'il était également tenu compte du fait que l'accident s'était produit en milieu hospitalier et des conclusions de l'expertise psychiatrique (crises d'angoisse). En revanche, sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée, comme par exemple dans celle de réceptionniste ou de téléphoniste, activités qui ne devaient pas mettre à contribution son bras droit de manière active. En outre, une prise en charge thérapeutique optimale allait permettre de maintenir cette capacité à 50 %, mais ne pouvait en aucun cas la modifier.

26. En date du 6 mars 2007 s'est tenue une audience de comparution des mandataires, lors de laquelle la représentante de l'OAI a produit un avis du SMR du 5 février 2007 et déclaré persister dans ses conclusions, tandis que la recourante a renoncé à des écritures complémentaires, de sorte que la cause a été gardée à juger.

Dans l'avis précité, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est prononcé sur le contenu de l'expertise et a estimé que les constatations objectives à la base des diagnostics retenus étaient extrêmement sommaires, qu'il n'était pas fait mention des angles de mobilité de l'épaule ni des tests dont la comparaison permettrait de préciser la nature de l'atteinte articulaire, que l'évolution vers une épaule gelée totalement atypique après une acromioplastie et une suture du sus-épineux aurait justifié une recherche approfondie d'une cause organique si elle existait et que l'absence d'amyotrophie aux membres supérieurs mettait en évidence une incohérence qui ne trouvait aucune explication dans les différents rapports d'expertise. Le médecin a conclu que les examens cliniques et paracliniques ne fournissaient aucune explication au handicap si important du membre supérieur droit, que la question de savoir quelles étaient les parts organiques et fonctionnelles des limitations ne pouvait être éludée - celles-ci relevant essentiellement d'un syndrome douloureux - , et qu'au surplus les mesures de réadaptation ne pouvaient pas être engagées puisque les limitations fonctionnelles n'étaient pas définies. Le rapport d'expertise n'avait ainsi, selon lui, aucune valeur probante.

En ce qui concerne l'expertise psychiatrique, le médecin du SMR a contesté la présence de différents symptômes permettant de retenir un épisode dépressif moyen, voire un épisode dépressif léger, et a relevé que la situation n'était pas stabilisée, puisque la recourante n'était pas traitée.

27. Par arrêt du 27 mars 2007, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé les décisions de l'OAI, constaté que la recourante était capable de travailler à 50% dans une activité adaptée dès le mois de novembre 2003 et invité l'OAI à mettre en place

des mesures de réadaptation professionnelle, et le cas échéant, à évaluer son taux d'invalidité. Il a considéré en substance que les rapports d'expertise avaient pleine valeur probante, attendu que tous les critères jurisprudentiels étaient remplis et que l'avis du médecin du SMR ne permettait pas de remettre en cause lesdites expertises judiciaires.

28. Suite au recours interjeté par l'OAI auprès du Tribunal fédéral, celui-ci a, par arrêt du 30 mai 2008, admis le recours, annulé la décision du Tribunal de céans du 27 mars 2007 et lui a renvoyé la cause pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a essentiellement estimé que le principe de la libre appréciation des preuves avait été violé, dans la mesure où les arguments soulevés par le SMR n'avaient pas été discutés, même de manière sommaire.
29. Par ordonnance du 19 juin 2008, le Tribunal de céans a ordonné la confrontation de l'expert-psychiatre et du rédacteur du rapport du SMR, le Dr N\_\_\_\_\_, d'une part, et de l'un des experts somatiques des HUG (Prof. L\_\_\_\_\_ ou Dr M\_\_\_\_\_) d'autre part.
30. En date du 9 septembre 2008 s'est tenue une audience d'enquêtes, lors de laquelle ont été entendus les Drs N\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Il en ressort qu'à l'instar des médecins qui ont examiné et suivi l'assurée, ces médecins ne concordaient pas du tout sur les atteintes et les lésions objectives présentées par l'assurée et, en particulier, sur les diagnostics d'épaule gelée, de fibromyalgie ou encore de conflit sous-acromial et de rupture partielle du sus-épineux. Par ailleurs, le Dr N\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il fallait 6 critères pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen et 4 à 5 critères pour retenir celui d'état dépressif léger, que l'attitude pessimiste pouvait constituer un de ces critères, mais que le dégoût de certains aliments n'était pas assimilable à une perte d'appétit, laquelle était réalisée si une perte de poids d'au moins 5% était observée.
31. Par avis du 26 septembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a notamment soutenu que l'appréciation des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ contenait des contradictions, que ces médecins n'avaient pas fait preuve de neutralité, qu'ils n'avaient pas assez argumenté sur le plan médical, que le status clinique était insuffisant ou encore que tant les limitations fonctionnelles que la date de la survenance de l'invalidité n'avaient pas été clairement établies. Il ne pouvait ainsi pas se rallier aux conclusions des experts. Il a également joint une appréciation médicale du 5 avril 2007 du Dr F\_\_\_\_\_, lequel avait mis en exergue qu'hormis le Dr K\_\_\_\_\_, aucun des experts n'avaient pris connaissance de son rapport et qu'ils avaient ainsi essentiellement fondé leur anamnèse sur des données tronquées livrées par la recourante, de sorte que leurs conclusions étaient erronées. Il a précisé que l'arthroscopie de l'épaule permettait d'examiner directement la coiffe des rotateurs et qu'elle servait de référence pour vérifier la présence d'une atteinte à ce niveau.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a conclu que le dossier de la recourante comportait beaucoup de discordances médicales qui n'avaient pas pu être éclaircies et que seule une expertise bidisciplinaire, rhumato-psychiatrique, incluant une interprétation du dossier par un radiologue FMH, allait permettre de se forger une opinion objective. Il a également exposé les questions qu'il y avait lieu de poser aux experts et a proposé que l'expertise soit confiée au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM) ou au Centre d'expertise médicale (CEMed).

32. Par rapport complémentaire du 21 janvier 2009, le Dr K\_\_\_\_\_ a notamment indiqué au Tribunal de céans que 7 critères au moins étaient remplis pour retenir un épisode dépressif moyen et a admis qu'il n'avait pas intégralement rapporté ces informations dans le texte de son rapport.
33. Par avis du 19 février 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ a souligné que le diagnostic d'épisode dépressif moyen et son caractère incapacitant de longue durée n'étaient pas établis de manière convaincante ni par le rapport d'expertise ni par le courrier précité du Dr K\_\_\_\_\_ et que l'assurée ne s'était pas soumise à une prise en charge psychiatrique, afin de réduire son dommage. Le rapport complémentaire du Dr K\_\_\_\_\_ ne permettait ainsi pas de mettre en exergue, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail de longue durée.
34. Lors d'une comparution des mandataires du 3 mars 2009, les parties ont convenu de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le représentant de l'OAI s'est référé à la liste de questions et aux noms des experts exposés par le Dr N\_\_\_\_\_ et le conseil de la recourante a sollicité un délai pour faire parvenir au Tribunal de céans sa liste de questions.
35. Par conclusions du 20 mars 2009, la recourante a requis que le Dr O\_\_\_\_\_ soit mandaté pour procéder à l'expertise psychiatrique, libre à lui de désigner les experts pour examiner les aspects somatiques, et a également établi une liste de questions à poser aux experts.
36. Par ordonnance du 27 mars 2009, le Tribunal de céans a ordonné une expertise rhumato-psychiatrique, avec l'appui d'un médecin radiologue. Il a précisé que les expertises devaient uniquement porter sur les aspects psychiatriques d'une part, et rhumatologiques d'autre part, attendu que seules étaient litigieuses les conclusions de l'expert judiciaire psychiatre et les conclusions des experts internistes en tant qu'ils retenaient le diagnostic d'épaule gelée et une totale incapacité de travail due à cette affection. Le BREM a été mandaté pour ce faire, attendu que le délai pour rendre l'expertise était plus long au CEMed et que le Dr O\_\_\_\_\_ était surchargé.
37. Le rapport d'expertise a été rendu en date du 10 septembre 2010 et a été établi par les Drs P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et R\_\_\_\_\_.

---

spécialiste FMH en endocrinologie. Le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a été interpellé concernant l'interprétation du dossier radiologique.

Les experts ont retenu les diagnostics de trouble obsessionnel-compulsif (ci-après TOC) présent d'après l'anamnèse depuis début 2004, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent d'après l'anamnèse depuis début 2004, de gonarthrose interne, de cervicarthrose sans myélopathie ni radiculopathie, symptomatique depuis 2004, de signes dégénératifs sous-acromiaux bilatéraux avec PSH (périarthrite scapulo-humérale) existants depuis la fin 2003, et d'arthrose débutante métacarpo-phalangienne du premier rayon à droite, ces diagnostics ayant tous une répercussion sur la capacité de travail. Les autres diagnostics posés étaient ceux de diabète non insulino-requérant, d'état euthyroïdien après ablation d'un nodule thyroïdien, d'excès pondéral et hyperlipidémie, de status après arthroscopie de l'épaule droite pour lésion non confirmée de la coiffe, avec lésion confirmée du labrum, de status après contusion de la main et de l'épaule droites, de status après cure de tendinite de Quervain et de tunnel carpien droit et de status après plastie abdominale et césarienne.

Sur le plan somatique, les experts ont noté qu'il n'y avait pas d'atteinte endocrinologique « incapacitante ». L'examen ostéoarticulaire était quant à lui normal, il n'y avait pas d'amyotrophie, de synovite, de ténosynovite active ou de limitation de l'amplitude objective. A cet égard, ils ont relevé dans le status somatique, qu'observée à son insu, la recourante avait une mobilité tout à fait normale des bras et une force de préhension pour tenir son sac qui n'apparaissait pas limitée. Les amplitudes actives étaient variables, normales et aisées jusqu'à 180° d'abduction-antépulsion dans la gestuelle spontanée du déshabillage, et limitées à 120° lors des tests demandés. Par ailleurs, le bilan radiologique montrait une cervicarthrose évoluée, des signes dégénératifs de la 1<sup>ère</sup> métacarpophalangienne à droite et une gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale interne bilatérale. Les épaules présentaient des signes dégénératifs sous acromiaux bilatéraux, un peu plus marqués à droite. D'un point de vue rhumatologique, les experts ont relevé que l'importance du tableau douloureux, lequel avait débuté après l'accident, n'était pas en corrélation avec les constatations radiologiques. Il existait cependant, de toute évidence, une diffusion du trouble douloureux, qui avait des répercussions sévères dans la vie quotidienne de la recourante. Par ailleurs, aucun élément ne permettait de retenir une rupture de la coiffe des rotateurs, même s'il ressortait des IRM des microlésions du sus-épineux. Qu'il y ait ou non une déchirure partielle associée de la coiffe n'était du reste pas déterminant, dans la mesure où la musculature de l'épaule permettait de surseoir à l'atteinte dégénérative de la coiffe, dont 50% environ de la population dès 50 ans étaient atteints. En ce qui concernait la capsulite, même si elle avait été présente après l'arthroscopie, elle n'avait pas été sévère, car les radiographies effectuées 4 mois après la scintigraphie ne montraient pas d'altération de la structure osseuse. Enfin, la recourante était sujette à des atteintes dégénératives de l'appareil

locomoteur, mais elle s'en accommodait très bien, d'après les experts, en tenant compte des indices de mobilité préservée et de l'absence de signe de sous-utilisation ou d'amyotrophie.

Les limitations fonctionnelles somatiques concernaient les activités en position fixe de la tête plus d'une heure d'affilée, sans pause ou alternance de position (à partir de 2004), les activités répétitives et en force de la main droite (à partir de 2003-2004), les activités répétitives et en hauteur des bras (à partir de fin 2003) et la position à genoux prolongée, plus d'une demi-heure d'affilée, « les escabeaux » ou les positions accroupies (à partir du présent examen).

Sur le plan psychiatrique, les experts ont tout d'abord constaté que les douleurs chroniques étaient parties de l'épaule droite après la chute survenue en 2002 et qu'elles étaient devenues chroniques et s'étaient généralisées à d'autres parties du corps. De plus, dans la mesure où ces plaintes n'avaient pas de substrat somatique justifiant leur ampleur et leur durée, les médecins ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant. Par ailleurs, ils ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique comme posé par le Dr K\_\_\_\_\_, et ont dressé la liste des différents symptômes dont souffrait l'assurée et précisé qu'aucun indice ne permettait de penser que la dépression s'était amendée depuis juillet 2006. Enfin, ils ont posé le diagnostic de TOC et l'ont qualifié de sévère, attendu qu'il avait un caractère délirant, la recourante ne reconnaissant pas le caractère irrationnel de ses craintes. A cet égard, ils ont expliqué que ses peurs irrationnelles obsédantes concernant la souillure (saleté, contamination) étaient apparues, d'après l'anamnèse, après l'incident professionnel de novembre 2002, mais étaient probablement déjà présentes antérieurement, et consistaient notamment à éviter des stimuli anxigènes et à procéder à des actions ritualisées de lavage et de désinfection. L'ensemble de l'activité obsessionnelle occupait la recourante plusieurs heures par jour. Les médecins ont pour le surplus exclu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, attendu que l'événement de novembre 2002 ne remplissait pas les critères de gravité d'un véritable traumatisme et que le TOC expliquait beaucoup mieux la sémiologie clinique que ce diagnostic.

Les limitations fonctionnelles sur le plan psychique étaient principalement liées au fait que la recourante consacrait plusieurs heures par jour à l'activité mentale obsessionnelle et aux rituels de lavage et à une diminution d'énergie eu égard à la présence du trouble dépressif.

En conclusion, sur le plan somatique, la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité antérieure depuis l'accident de novembre 2002 ou depuis la fin de l'année 2003 et de 100% dès la fin de l'année 2004 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit par exemple dans le secteur polyclinique, comme infirmière scolaire, infirmière d'entreprise ou encore dans le secteur administratif des professions de la santé. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de

travail était de 50% dès le mois décembre 2005, soit dès le rapport de Madame A\_\_\_\_\_, dans toute activité lucrative, la recourante étant susceptible d'être exposée à des stimuli anxiogènes dans tout milieu professionnel. Restait toutefois réservée l'hypothèse où le caractère délirant et très sévère du TOC devait se confirmer, hypothèse excluant que l'assurée puisse s'adapter à tout contexte professionnel.

Les experts ont proposé que la recourante se soumette à une tentative de traitement et qu'une réévaluation de son TOC soit effectuée dans un délai de 18 mois, afin de pouvoir confirmer ou infirmer le caractère sévère de cette atteinte. Ils ont estimé qu'il était possible que la capacité de travail s'avère inférieure à 50% et qu'il n'était pas exclu, mais peu probable, qu'elle s'avère supérieure à 50%.

38. Par courrier du 5 octobre 2009, l'OAI a transmis au Tribunal de céans un avis du Dr T\_\_\_\_\_, médecin au SMR, lequel a sollicité que les experts soient interpellés sur la date du début de l'incapacité de travail, la date de la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que sur le degré de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle.
39. Par arrêt du 27 novembre 2009, le Tribunal a rejeté la demande de récusation formée par l'OAI contre Madame B\_\_\_\_\_, alors présidente pour toutes les causes dont elle était saisie en matière d'assurance invalidité.
40. En date du 12 janvier 2010 s'est tenue une audience de comparution des mandataires, lors de laquelle la représentante de l'OAI a estimé que les conclusions de l'expertise n'étaient pas claires quant au début de l'incapacité de travail, à la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée et au degré de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. De plus, elle a d'ores et déjà indiqué que l'OAI admettrait uniquement une incapacité de travail de 100% de décembre 2003 à juin 2004 dans l'activité habituelle. Le conseil de la recourante a quant à lui soutenu que les conclusions de l'expertise au sujet de la capacité de travail de 50% en raison du TOC n'étaient pas limpides. Il a ainsi sollicité que la recourante soit revue par l'expert afin qu'il précise et éclaire ce point. Le Tribunal de céans a toutefois fait remarquer que l'expert avait déclaré qu'il y avait lieu de réévaluer la situation après 18 mois pour connaître les effets d'un traitement psychothérapeutique. Le conseil de la recourante a en outre rappelé que celle-ci ne pouvait pas se soumettre à un traitement pour le TOC dont elle souffrait, puisqu'elle ne reconnaissait pas l'existence de ce trouble, mais qu'il y avait lieu d'admettre qu'il s'agissait d'un TOC sévère. Enfin, les parties se sont mises d'accord sur les questions complémentaires à adresser à l'expert.
41. Par rapport complémentaire du 4 mars 2010, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont rappelé, s'agissant du début et de la fin de l'incapacité de travail, que la SUVA avait admis une totale incapacité de travail dès le 14 décembre 2002 et que sur le

plan somatique, une activité adaptée était exigible à partir de juin 2004 et au plus tard en décembre 2004, soit à partir du moment où la SUVA a cessé de verser ses prestations. L'activité habituelle, soit par exemple celle d'infirmière de réseau où les patients étaient encore autonomes, pouvait également être exercée à partir du même moment, en tenant compte des limitations fonctionnelles décrites. Par ailleurs, le TOC dont souffrait la recourante était sévère et complexe, progressait lentement et « ne livre souvent ses secrets cliniques qu'après une observation prolongée » par un thérapeute expérimenté ou après une évolution spontanée d'une certaine durée. Les experts ont ainsi estimé que la recourante ne devait être réexaminée que 18 mois après l'expertise et non déjà après un délai de quelques mois. Enfin, si elle ne reconnaissait pas l'existence du TOC et refusait toute démarche thérapeutique, leur appréciation devait, d'après eux, être considérée comme valable pendant ce délai de 18 mois et jusqu'à la nouvelle évaluation.

42. Par acte du 29 mars 2010, l'OAI a produit un avis du 18 mars 2010 du Dr T\_\_\_\_\_, lequel a estimé que l'expertise permettait de retenir une incapacité de travail de 100% dans toute activité lucrative dès le mois de décembre 2003, soit dès l'arthroscopie de l'épaule droite, laquelle avait mis en exergue l'absence de déchirure de la coiffe des rotateurs. Cette incapacité de travail n'était reconnue que jusqu'au mois de juin 2004. En effet, la Dresse P\_\_\_\_\_ avait noté, que l'absence, en date du 17 juin 2004, de signe radiologique de réaction algoneurodystrophique ou de capsulite, excluait que les conséquences postopératoires n'aient joué de rôle déterminant au-delà de cette date. Le médecin du SMR a ainsi considéré que la recourante présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques dès le mois de juillet 2004 et de 50% dès le mois de décembre 2005 (début de l'effet incapacitant de l'atteinte psychique).

Sur la base de cet avis, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il a soutenu que la recourante n'avait pas droit à des prestations, car son incapacité de travail avait duré moins d'une année, soit de décembre 2003 à juillet 2004. Par ailleurs, les troubles psychiques n'étaient apparus qu'en décembre 2005, soit postérieurement à la décision litigieuse, de sorte que l'aggravation de son état de santé devait être traitée dans le cadre d'une nouvelle demande, et non dans la procédure de céans.

43. Dans ses écritures du 30 mars 2010, la recourante a sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du BREM ne présentait pas de valeur probante, estimant qu'il existait des contradictions entre leur appréciation de son état de santé psychique et leurs conclusions. En effet, les experts avaient constaté que le TOC dont elle souffrait était de degré sévère, que l'ensemble de l'activité obsessionnelle l'occupait plusieurs heures par jour et que les possibilités de traitement étaient limitées, dans la mesure notamment où l'idéation était délirante et non reconnue. Au vu de ces constatations, la recourante

---

ne comprenait pas comment les experts pouvaient retenir une capacité de travail de 50%, et ce d'autant moins que cette capacité de travail était réservée et que les experts avaient admis qu'elle pouvait être inférieure à 50%.

44. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Les questions liées à la compétence du Tribunal de céans et à la recevabilité ont déjà été examinées et tranchées par arrêt incident du 20 décembre 2005, de sorte qu'il n'y sera pas revenu.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 30 août 2005 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), cependant, les faits pertinents remontent au mois de novembre 2002. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le mois de novembre 2003 doit être examiné au regard des normes de la LPGA et des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. La question litigieuse porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, et singulièrement à une rente d'invalidité.
4. 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). 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 (art. 7 LPGA). 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 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

b) 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).

c) 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 de 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, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

En principe, le juge ne s'écarte 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).

d) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

e) 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). La procédure juridictionnelle peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a et les références ; cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_714/2008 du 6 août 2009 consid. 3.1.1).

5. En l'espèce, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, le Tribunal de céans a procédé à la confrontation des experts spécialistes en médecine interne ayant établi le rapport d'expertise du 22 décembre 2006 et du Dr N\_\_\_\_\_, médecin du SMR, lequel avait remis en cause le contenu dudit rapport. Eu égard à cette audience et aux rapports ultérieurs, il est apparu que le médecin du SMR et les experts ne concordaient ni sur les diagnostics ni sur les conséquences des atteintes présentées par la recourante, de sorte que les parties ont convenu de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée au BREM.

Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du BREM et son rapport complémentaire ont été établis de manière neutre et sans appréciation dépréciante. Ils se basent sur le dossier médical de la recourante, et notamment sur les imageries médicales réalisées le 17 juin 2009, sur un examen clinique, des entretiens téléphoniques avec les Drs M\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ainsi que sur une anamnèse médicale, psychiatrique, familiale, professionnelle complète de la recourante et tient compte de ses plaintes, lesquelles ont fait l'objet d'une discussion en relation avec les atteintes objectives constatées par les experts. Ces atteintes ont été décrites de manière claire et complète. En effet, les médecins ont notamment longuement expliqué pour quelle raison ils ne retenaient pas de rupture de la coiffe des rotateurs ou de capsulite, quelles étaient les autres atteintes dégénératives dont souffrait la recourante, puis ont décrit les diverses limitations fonctionnelles somatiques dont il y avait lieu de tenir compte dans le cadre d'une reprise de l'activité lucrative. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, ils ont exposé de manière convaincante que la recourante présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique tel que déjà retenu par le Dr K\_\_\_\_\_, mais également un TOC, lequel était très handicapant dans la vie courante ainsi que dans une éventuelle reprise d'activité. On comprend également que les experts n'ont pas voulu se déterminer définitivement sur l'implication du TOC sur la capacité de travail de la recourante, car celui-ci était susceptible d'évoluer avec l'aide d'un thérapeute ou spontanément dans un certain laps de temps. Par ailleurs, les conclusions initiales des experts concernant la période d'incapacité totale de travail de la recourante, qui manquaient de clarté, ont été explicitées dans leur rapport complémentaire du 4 mars 2010. Ainsi, elle présentait une totale incapacité de travail dès son accident de novembre 2002, telle que retenue par la SUVA et, sur le plan somatique, elle pouvait débiter une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles au plus tard en décembre 2004. L'activité habituelle, soit celle d'infirmière dans un service où les patients étaient encore autonomes, était également exigible, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées. De plus, d'un point de vue psychiatrique, le TOC engendrait une incapacité de travail de 50% en tout cas dans toute activité lucrative dès le mois de décembre 2005, soit dès le rapport de Madame A\_\_\_\_\_, thérapeute, qui avait mis en exergue, pour la première fois, les symptômes correspondant au TOC. Les conclusions de l'expertise sont ainsi compréhensibles et motivées, de sorte que ce rapport présente a priori valeur probante au sens de la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de revenir sur le premier rapport d'expertise rendu durant le mois de décembre 2006. Le Tribunal de céans relève toutefois que le rapport du BREM est notamment bien plus détaillé, sur le plan somatique, que le rapport des HUG. Les médecins du BREM exposent en particulier de manière convaincante pour quelle raison les diagnostics retenus par les précédents experts ne peuvent être retenus. Quant aux troubles psychiques, force est de constater que même si l'expert psychiatre du BREM parvient à un diagnostic

---

différent de celui du Dr K\_\_\_\_\_, les deux médecins constatent des troubles similaires et des conséquences identiques de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante. Le Tribunal de céans est ainsi d'avis que les conclusions des médecins du BREM doivent être suivies.

6. Cependant, bien que l'OAI ne remette pas en cause la valeur probante de ce rapport d'expertise, il ne reconnaît à la recourante une incapacité de travail dans toute activité lucrative que dès l'arthroscopie de l'épaule droite au mois de décembre 2003 et uniquement jusqu'au mois de juillet 2004, la Dresse P\_\_\_\_\_ estimant qu'il n'y avait plus, depuis lors, de signe d'algoneurodystrophie.

A lecture du rapport d'expertise, le Tribunal de céans ne saurait toutefois suivre les conclusions auxquelles parvient le SMR. En effet, les experts ont indiqué, d'une part, sur question expresse du Tribunal de céans, qu'ils retenaient la survenance de l'accident en novembre 2002 comme début de l'incapacité de travail, de sorte qu'on ne voit pas pour quelle raison une autre date devrait être retenue, et ils ont déterminé, d'autre part, qu'une activité adaptée pouvait être reprise entre juin et décembre 2004, soit au plus tard au mois de décembre 2004. En ce qui concerne en particulier la date de cette reprise, il peut être constaté que les experts ont indiqué, dans les conclusions de leur rapport d'expertise, que les troubles somatiques avaient évolué de manière favorable depuis juin 2004 et ont conclu à plusieurs reprises que ce n'était qu'à la fin de l'année 2004 que la recourante était en mesure de débiter à nouveau son activité lucrative. Ils ont par la suite confirmé, dans leur rapport complémentaire, que la recourante avait à nouveau une capacité de travail dans une activité adaptée au plus tard en décembre 2004. Leur conclusion est du reste corroborée par le fait que le Dr D\_\_\_\_\_ est le premier médecin à avoir estimé, au mois de novembre 2004, que les conséquences de l'accident de novembre 2002 étaient terminées. Il apparaît dès lors au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence qu'il y a lieu de retenir le mois de décembre 2004 comme moment de reprise possible d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Il sera encore relevé que tout au long au long de l'instruction portant sur l'état de santé somatique de la recourante, les médecins ont fait des constatations entièrement divergentes concernant tant l'existence des atteintes dont elle souffrait, et singulièrement de la déchirure du sus-épineux et de la capsulite rétractile, que de leurs conséquences sur sa capacité de travail. La confrontation entre les médecins des HUG et le Dr N\_\_\_\_\_ a mis en exergue ces divergences essentielles. Le rapport d'expertise du BREM a cependant permis d'éclaircir cette situation mal déterminée et d'établir de manière convaincante la période pendant laquelle la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative, laquelle s'étendait du 11 novembre 2002 au mois de décembre 2004.

7. L'assurée a quant à elle invoqué que le rapport d'expertise contenait des contradictions et qu'il n'avait pas valeur probante. Il était inconcevable, d'après elle, que les experts retiennent uniquement une incapacité de travail de 50% dès le mois de décembre 2005, au vu notamment de la sévérité de son TOC, de l'activité obsessionnelle qui l'occupait plusieurs heures par jour et du fait que les experts avaient admis que cette capacité de travail pouvait être inférieure à 50%.

Le Tribunal de céans considère toutefois qu'il n'y a pas de contradictions dans les constatations et les conclusions des experts. On comprend tout d'abord que la sévérité du TOC, et singulièrement le fait que l'activité obsessionnelle et les rituels de lavage occupaient la recourante plusieurs heures par jour, permettait de conclure à une capacité de travail de 50%. De plus, les experts ont effectivement émis une réserve concernant cette capacité de travail, car le TOC allait encore évoluer, mais ils ne pouvaient pas encore déterminer précisément, lors de l'examen, quelle serait cette évolution. Ils avaient toutefois d'ores et déjà estimé l'incapacité de travail à 50% au moins, car ils étaient certains d'une telle diminution. Il s'avère finalement que le Dr K\_\_\_\_\_ retenait également une incapacité de travail de 50% depuis décembre 2005. En conclusion, d'après le rapport d'expertise du BREM, ce ne sera qu'après nouvel examen de la recourante à 18 mois dudit rapport, qu'il pourra être établi si le taux de cette capacité de travail doit être maintenu ou non.

8. Au vu de tout ce qui précède, le rapport d'expertise du BREM doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Partant, d'un point de vue somatique, il y a lieu de conclure que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité lucrative dès l'accident du 11 novembre 2002 et jusqu'au mois de décembre 2004. Depuis lors, elle présentait une entière capacité de travail dans toute activité lucrative respectant ses limitations fonctionnelles. Les activités suivantes étaient envisageables : infirmière dans le secteur polyclinique, infirmière scolaire, infirmière d'entreprise ou infirmière de réseau où les patients étaient encore autonomes et enfin une activité dans le secteur administratif des professions de la santé.

Pour ce qui est des troubles psychiatriques de la recourante, et en particulier de son TOC, les experts ont expliqué que celui-ci était apparu, d'après l'anamnèse, dès l'accident de novembre 2002, mais qu'il était probablement déjà présent avant ce moment-là. Ils ont par la suite indiqué, que le TOC n'avait de répercussion sur la capacité de travail que dès le mois de décembre 2005, moment auquel cette capacité n'était que de 50%. Cette conclusion concorde ainsi avec celle du Dr K\_\_\_\_\_.

Or, la décision sur opposition de l'OAI date du 30 août 2005. Par conséquent, dans la mesure où la survenance d'une nouvelle incapacité de travail due à des troubles psychiatriques est postérieure à la décision attaquée et fait suite à la capacité de travail exigible jusque-là d'un point de vue somatique, on ne saurait parler d'un état

de fait commun permettant l'extension de la procédure juridictionnelle à l'incapacité de travail présentée par la recourante dès le mois de décembre 2005.

La recourante devrait en principe déposer une demande de révision auprès de l'OAI, afin qu'il statue par nouvelle décision sur son droit à une rente en raison de ses atteintes psychiatriques (art. 17 LPGA). Elle a toutefois fait valoir dès le début de la présente procédure qu'elle présentait des troubles psychiques et a même allégué, dans le cadre de la procédure d'opposition, avoir consulté Madame A\_\_\_\_\_, de sorte qu'il y a lieu de considérer que sa demande de révision, en raison de l'aggravation de son état de santé, a été formulée en temps utile, soit en juin 2005 déjà (art. 88bis al. 1 let. a RAI).

La cause devra ainsi être renvoyée à l'OAI pour qu'il examine l'incapacité de travail retenue par les experts du BREM dès le mois de décembre 2005 ainsi que son origine (cf. art. 29bis RAI). Dans ce cadre, l'OAI pourrait alors solliciter un rapport complémentaire d'expertise au BREM après un délai de 18 mois suite à son premier rapport, tel que préconisé par ces experts.

9. Il sied encore de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante.

a) Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»

b) En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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.

Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

d) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

e) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

10. En l'espèce, il a précédemment été déterminé que la recourante a présenté une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative du 11 novembre 2002 au mois de décembre 2004. Par conséquent, elle a droit à une rente entière d'invalidité du mois de novembre 2003 au 28 février 2005.

En ce qui concerne la période postérieure, il sied de procéder à une comparaison des revenus.

Pour ce qui est du revenu sans invalidité, il y a lieu de se baser sur les données du dernier employeur de la recourante, desquelles il ressort qu'elle a réalisé, du

---

3 décembre 2001 au 17 novembre 2002, un revenu de 66'208 fr. 54, y compris les vacances. Adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux (La Vie Économique 1-2/ 2009), ce revenu aurait été de 68'803 fr. 80 en 2005.

Son revenu d'invalidité devrait quant à lui être établi en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), attendu qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative depuis le mois de novembre 2002. Toutefois, le Tribunal de céans considère qu'eu égard au fait que les experts ont estimé que la capacité de travail de la recourante était de 100% dans l'activité d'infirmière scolaire, d'infirmière d'entreprise ou d'infirmière de réseau où les patients étaient encore autonomes, soit dans une activité similaire à celle précédemment exercée, il n'est pas nécessaire de chiffrer avec exactitude son revenu d'invalidité (not. Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2005 consid. 5.2). De plus, au vu des limitations fonctionnelles somatiques de la recourante, il peut être tenu compte d'un abattement de 5%, voire de 10% au grand maximum. Partant, le degré d'invalidité de la recourante ne dépassant pas 10%, elle n'a pas de droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2005.

11. Se pose enfin la question d'une éventuelle mesure d'ordre professionnel.

À teneur de l'art. 8 al.1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital.)

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, même minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

En l'espèce, le degré d'invalidité n'atteignant pas 20%, il ne saurait être accordé à la recourante une mesure de reclassement professionnel. Cependant, au vu de ses limitations somatiques, une aide au placement ou une orientation professionnelle peut lui être octroyée. Compte tenu cependant de la modification de la situation du point de vue médical, de l'apparition d'un TOC sévère, il est préférable de procéder

d'abord au complément d'examen psychiatrique et dans ce cadre d'interroger les médecins sur les nécessités d'une réorientation et ses chances de succès.

12. Le recours doit ainsi être partiellement admis et la recourante mise au bénéfice d'une rente entière du mois de novembre 2003 au 28 février 2005.

Au vu de l'issue du litige, une indemnité de 3'500 fr. sera octroyée à la recourante à titre de dépens.

Enfin, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 1'000 fr. sera mis à la charge de l'OAI.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Admet partiellement le recours et annule les décisions de l'OAI des 4 mai et 30 août 2005.
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2003 au 28 février 2005.
4. Renvoie pour le surplus la cause à l'OAI pour examen des troubles psychiatriques de la recourante et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de 3'500 fr.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OAI.
7. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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